

**UNIVERZITA KARLOVA
V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2011

Bc. Lucie Burešová

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Intenzivní péče



Bc. Lucie Burešová

Týrané dítě hospitalizované na jednotce intenzivní péče

Abused child hospitalized in intensive care unit

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Jaroslava Hanušová, Ph.D.

Praha, 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 02.05.2011

Bc. Lucie Burešová

Děkuji PhDr. Jaroslavě Hanušové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

Obsah

ÚVOD.....	9
1 TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1 Násilí na dětech.....	11
1.1.1 Historie.....	11
1.1.2 Syndrom CAN	12
1.1.2.1 Fyzické týrání	12
1.1.2.2 Psychické týrání.....	13
1.1.3 Sexuální zneužívání	13
1.1.3.1 Bezdotykové sexuální zneužívání.....	13
1.1.3.2 Dotykové – kontaktní sexuální zneužívání	14
1.1.3.3 Fenomén CSEC.....	14
1.1.4 Zanedbávání.....	14
1.1.5 Zvláštní formy.....	15
1.1.5.1 Šikana.....	15
1.1.5.2 Systémové týrání.....	16
1.1.5.3 Münchhausenův syndrom	17
1.1.5.4 Shaken baby syndrom	17
1.2 Epidemiologie	18
1.3 Rizikové faktory pro syndrom CAN.....	18
1.3.1 Skupiny dětí ohrožené CAN	19
1.3.2 Rizika na straně rodiče.....	19
1.3.3 Rizikové prostředí.....	20
1.4 Týrané dítě a obor pediatrie	20
1.4.1 Dětské jednotky intenzivní péče	20
1.4.2 Doporučený postup ošetřování týraného dítěte	20
1.4.3 Zdravotnická dokumentace.....	22
1.4.4 Přístup zdravotníků	23
1.5 Vyšetření a diagnostika.....	24
1.5.1 Anamnéza	24
1.5.2 Vlastní vyšetření lékařem	24
1.5.3 Projevy týrání pozorovatelné v chování dětí	26
1.6 Jednotlivé oblasti tělesných postižení.....	26
1.6.1 Chirurgie a traumatologie	26
1.6.1.1 Hlava a mozek	27
1.6.1.2 Hrudník a břišní dutina	27
1.6.1.3 Skelet	27
1.6.2 Gynekologie.....	28
1.6.3 Kůže	29
1.7 Klinický obraz.....	29
1.8 Léčba.....	30
1.8.1 Tělesná terapie	30
1.8.2 Psychologická terapie	30
1.9 Následky	31
1.10 Prevence.....	32
1.10.1 Národní strategie prevence násilí na dětech na období 2008-2018	32
1.10.2 Světové trendy ochrany dětí	33
1.11 Legislativa.....	33

1.11.1	Zákony a stanovy upravující týrání	34
1.11.1.1	Úmluva o právech dítěte	34
1.11.1.2	Trestní zákoník	34
1.11.1.3	Zákon o přestupcích	35
1.11.1.4	Zákon o sociálně-právní ochraně dětí	35
1.11.1.5	Zákon o rodině	36
2	PRAKTICKÁ ČÁST	37
2.1	Cíle praktické části práce	38
2.1.1	Výzkumné otázky	38
2.1.2	Cíle výzkumu	38
2.2	Dílčí cíle	38
2.3	Hypotézy	39
2.4	Metodika výzkumu	39
2.5	Charakteristika a technika výběru respondentů	40
2.6	Způsob distribuce dotazníků	40
2.7	Zpracování údajů	40
2.8	Prezentace získaných údajů	42
2.8.1	Návratnost dotazníkového šetření	42
2.8.2	Identifikační údaje	43
2.8.3	Vlastní dotazník	45
2.8.4	Náměty a připomínky	74
3	DISKUSE	75
	ZÁVĚR	79
	LITERATURA A PRAMENY	80

Anotace

Příjmení a jméno: Burešová Lucie

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Týrané dítě hospitalizované na jednotce intenzivní péče

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslava Hanušová, Ph.D.

Počet stran: číslované: 69, nečíslované: 22

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova: týrané dítě, zneužívané dítě, syndrom CAN, šikana, sexuální zneužívání, kritické stavy u dětí

Souhrn:

Práce se zabývá tématem týrání dětí a především přístupem sester jednotek pediatrické intenzivní a resuscitační péče k dítěti v případě, že následky týrání vedou k hospitalizaci. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je detailně popsáno téma týrání dětí. Praktická část je zpracována formou výzkumu – dotazníkovým šetřením. Dotazníky byly rozdány sestrám pracujícím na pediatrických jednotkách intenzivní a resuscitační péče. Zjišťovány byly znalosti a názory sester vztahující se k tématu týrání dětí. Tato práce by měla přispět k lepšímu zvládnutí co nejšetrnější péče o děti, které se vlivem týrání ocitly v kritickém stavu na jednotkách intenzivní a resuscitační péče.

Annotation

Surname and name: Burešová Lucie

Department: Nursing

Title of thesis: Abused child hospitalized in intensive care unit

Consultant: PhDr. Jaroslava Hanušová, Ph.D.

Number of pages: numbered: 69, without numbers: 22

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 24

Key words: battered child, abused child, Child abuse syndrome, vexation, sex abuse,
critical states in childhood

Summary:

The work discusses the theme of abused children hospitalized in Intensive care units. Especially it is studying approach of the nurses of intensive care units to the children hospitalized for the reason of serious results of ill-treatment. The work is divided into the theoretical and practical part. In the theoretical part there is detailed characterization of the main topic - child abuse. The practical part is processed in form of research through the medium of lists of questions. Lists of questions were distributed to the nurses of intensive care units. It was research for the knowledge and view of nurses in questions of child abuse. This work would contribute to better providing of precise care for abused children in critical state hospitalized in intensive care units.

ÚVOD

Týrání dětí je v současné době velmi diskutované téma. Případy jsou často medializovány a to přispívá ke znepokojení veřejnosti. Přibývá odborníků, kteří se snaží vyřešit problémy, které se k týrání dětí vážou publikováním odborných prací k edukaci laiků i odborné veřejnosti. Týrání dětí je snadno přehlédnutelné. Může být utajeno i před zraky nejbližšího okolí dítěte. Zdravotníci jsou díky svému vzdělání způsobilí jeho varovné signály zaregistrovat. K odhalení často dochází v nemocničních zařízeních. Zvláště sestry, které mají k pacientům velmi blízko, mohou zaznamenat různé příznaky týrání. V podezřelých případech pak může být týraným dítětem, ale i jejich rodinám, včas pomoheno, pokud zdravotnický pracovník jedná podle správných algoritmů. Není jednoduché týrání poznat, může dojít k záměně s příznaky onemocnění. Právě včasné rozpoznání a intervence jsou ovšem esenciálně důležité, protože hrozí opakování incidentů a další zatěžování dítěte. Hlavní roli hrají a vždy budou hrát rodinní příslušníci, protože zdravotnický pracovník stráví s pacientem nepoměrně kratší dobu. Příznaky týrání dětí nejsou ve většině případů průkazné a nepochybné. Podstatnou úlohu má práce praktického lékaře pro děti a dorost.

Bohužel rodiče přicházejí s dítětem často až dlouho po incidentu a zpravidla týrané děti předvádějí hezky oblečené a upravené a přístupem dokazují svou laskavost. Nebezpečí přehlédnutí se ještě zvyšuje tím, že setkání s podezřelými příznaky jsou zdravotníky zažívána jako velká psychická zátěž spojená s obavami a nejistotou. Vyšetřování je časově náročné a je spojeno s mnoha právními i etickými pravidly, se kterými není každý zdravotník důsledně seznámen.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Násilí na dětech

Podle odhadů je v současné době jen v České republice týráno až čtyřicet tisíc dětí. V naprosté většině případů není týrání odhaleno a trvá po celé dětství dítěte. To obvykle není schopné samo se dovolat pomoci. Kolem padesáti dětí za rok zde na následky týrání a špatného zacházení umírá. Smrtelnými následky jsou ohroženy zvláště děti v kojeneckém a batolecím věku. Nejmenší děti jsou totiž bezbranné a tedy snadno zranitelné. Týrané dítě často ani nechodí ven, mnohdy nenavštěvuje žádná kolektivní zařízení. Je časté, že unikají i lékařskému dohledu. Život týraného dítěte tak často závisí pouze na všímavosti okolí a včasném oznámení příznaků, které týrání nasvědčují. Nejedná se jen o povinnost morální, ale také právní. Hrozí možnost trestního postihu za její zanedbání. (23,6)

1.1.1 Historie

O nejruznějších způsobech týrání se zmiňuje již nejstarší literatura. Zmínky o takovém činu je možné najít i v bibli. Zřejmě první zmínky o nevhodném zacházení s dětmi pocházejí ze starého Egypta. Jednalo se o tělesné napadání a zanedbávání dětí.

Ve starověkém Římě existovalo právo „patria potestas“, tedy právo otce nakládat s dítětem jako s vlastním majetkem podle libosti. (2, 7, 10, 17, 23, 24, 14)

Roku 1883 byla založena v Liverpoolu První Národní společnost prevence proti krutostem na dětech. Přibližně v této době začala celospolečenská debata o formulování myšlenky týrání a napadání dětí. Jedná se o období významného zdokonalování radiologie. (2, 7, 10, 17, 23, 24, 14)

V roce 1946 John Caffey publikoval svou práci o zlomeninách a hematomech nenáhodného traumatického původu. Roku 1953 americký lékař Silverman popsal syndrom složitě poranění dítěte nezaviněného úrazem. Na zasedání Americké pediatrické společnosti v roce 1961 Henry Kempem zavedl pojem „battered child“ (týrané dítě). Napomohl hlubšímu vnímání násilí na dětech i v dalších oblastech, což vyústilo až k zavedení pojmu „child abuse“ (zneužití dítěte). Zprvu byla vnímána převážně aktivní forma, tedy fyzické ubližování dítěti, později, s objevením psychického a emocionálního týrání, byl zaveden pojem „child neglect“ (zanedbávání dítěte). (2, 7, 10, 17, 23, 24, 14)

Později došlo i ke změnám v legislativě. V roce 1977 byl poprvé popsán syndrom barona Prášila v zastoupení, nebo-li Münchhausen syndrom (by proxy). (2, 7, 10, 17, 23, 24, 14)

1.1.2 Syndrom CAN

Syndrom CAN, nebo-li Child Abuse and Neglect, tedy syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte. Syndrom CAN je definován jako poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vznikne v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, jež je v dané společnosti hodnoceno jako nepřijatelné. (1, 7, 13, 23)

1.1.2.1 Fyzické týrání

Fyzické týrání je možné definovat jako tělesné ublížení dítěti či nezabránění ublížení či utrpení dítěte. (6, 7, 13, 16, 19, 23)

Jedná se především o nepřiměřené bití rukou, například facky a pohlavky, bití různými nástroji, často běžně dosažitelnými v domácnosti jako např. vařečka, řemen, hadice. Dalšími způsoby jsou kopání do dítěte či údery pěstí. Při tomto násilí často dochází k poranění vnitřních orgánů, způsobení bodných, řezných a sečných ran. I zde je možné zaznamenat nejčastěji použití nástrojů běžně v domácnosti dosažitelných - nůž, nůžky, jehlice aj. Vyskytují se ovšem i poranění střelná. (6, 7, 13, 16, 19, 23)

Velmi často dochází k vytrhávání vlasů v celých chomáčích. Zde je nutné uvažovat nad možnou záměnou s onemocněním provázející vypadávání vlasů – alopecia. (6, 7, 13, 16, 19, 23)

Dále se jedná o nepřiměřené tahání za ušní boltce, způsobující trhliny, kousání dítěte, způsobování popálenin, odmrštění či odhození dítěte. Často tak dochází k úderu dítěte o různý nábytek, stěnu nebo podlahu. Dále pak svazování a připoutání dítěte. Je pak možné pozorovat na kůži stopy od provazu či kabelu, které jsou patrné především na zápěstí a v okolí kotníků. (6, 7, 13, 16, 19, 23)

Dále se jedná o škrcení, charakteristickým zraněním jsou stopy po provazu na krku, tzv. strangulační rýha. Dušení, pak jsou často patrné stopy po prstech na krku. Silné třesení, zejména u malých dětí, způsobuje poškození mozku, může způsobit smrt

nebo trvalé neurotické potíže, a to od poruch učení až k závažným poruchám. Jedná se o tzv. Shaken baby syndrom. (6, 7, 13, 16, 19, 23)

Též se vyskytují otravy jedy a chemikáliemi a také podávání alkoholu a drog. (6, 7, 13, 16, 19, 23)

1.1.2.2 Psychické týrání

Další formou týrání je psychické či emocionální týrání. Rozpoznání a dokazování je problematické a velice často není rozpoznáno a řešeno. (7, 13, 19, 23)

Jedná se o slovní útoky na sebevědomí dítěte, či opakované ponižování dítěte. Projevuje se jako zavrhování dítěte, často je dítěti dáváno najevo, že je pro rodinu či rodiče nedůležité a nepotřebné. (7, 13, 19, 23)

Jde i o vystavování dítěte závažným domácím konfliktům, jako například domácí násilí mezi partnery, situace předrozvodové, rozvodové a porozvodové. Další formou je násilná izolace dítěte - izolace od vrstevníků, širší rodiny, sourozenců či rodičů. (7, 13, 19, 23)

Časté je kontrolování dítěte s cílem vyvolat u něj pocit citového ohrožení, vyvolávání dojmu, že je ostudou pro rodinu, či že si kvůli němu někdo sáhne na život a podobně. (7, 13, 19, 23)

Dochází k podrývání sebedůvěry a sebevědomí dítěte opakovaným urážením a podceňováním. Dítěti je dáváno najevo, že ničeho nemůže dosáhnout a že nic nedokáže. Dále pak kladení nereálných nároků na dítě či nedostatečný zájem o dítě z důvodu vysoké zaměstnanosti rodičů. (7, 13, 19, 23)

1.1.3 Sexuální zneužívání

Jedná se o vystavování dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. (7)

1.1.3.1 Bezdotykové sexuální zneužívání

Zahrnuje obnažování se před dítětem, masturbace před dítětem. Dále pak setkání s exhibicionistou a obscénní telefonické hovory. Jedná se také o přinucení dítěte sledovat soulož či pozorování nahého dítěte za účelem vlastního sexuálního vzrušení

a uspokojení. Vystavování dítěte sledování časopisů s pornografií a sledování porno filmů. (7, 23)

1.1.3.2 Dotykové – kontaktní sexuální zneužívání

Představuje osahávání či líbání dítěte na intimních místech, dotýkání se prsou a genitálií. Nucení dítěte manipulovat pohlavními orgány svými či zneuživatele. Dále orální, anální sex, pohlavní styk, včetně znásilnění. (7, 23)

1.1.3.3 Fenomén CSEC

Fenomén CSEC, nebo-li Commercial Sexual Exploitation of Children. Tedy komerční sexuální zneužívání dítěte. CSEC je obecně chápáno jako použití dítěte pro sexuální účely výměnou za peníze nebo za odměnu v naturáliích mezi dítětem, zákazníkem, prostředníkem nebo jinými osobami, které vydělávají na obchodu s dětmi pro tyto účely. (7, 13)

Jedná se o nejzávažnější formu syndromu týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte v současnosti. Syndrom komerčního sexuálního zneužívání dítěte se během posledních dvaceti let stal závažným mezinárodním problémem. Přiměl mnohé mezinárodní organizace systematicky se jím zabývat. Drastická prostituce a pornografie dětí není již zdaleka záležitost pouze rozvojových zemí. (7, 13)

Dětskou pornografií se nazývá zobrazování dítěte libovolnými prostředky při skutečných nebo předstíraných sexuálních aktivitách či zobrazování pohlavních orgánů dítěte k prvotně sexuálním účelům. (7, 13)

Obchod s dětmi je jednání nebo obchodní transakce, jimiž osoba nebo skupina osob předává dítě za úplatu či jinou protihodnotu jiné osobě. S dítětem je zacházeno jako se zbožím, je prodáváno, vykořisťováno. (7, 13)

1.1.4 Zanedbávání

Zanedbávání je možné označit za selhání rodiče, nebo člověka pečujícího o dítě, v plnění základních potřeb dítěte takovým způsobem, který ovlivňuje jeho zdraví, vývoj nebo bezpečnost. (1, 6, 11, 18, 23)

Zanedbávání tělesné spočívá v nedostatečném či žádném uspokojování tělesných potřeb dítěte. Tedy nezajištění přiměřené výživy, oblečení, přístřeší, zdravotní péče a ochrany před ohrožením. (1, 6, 11, 18, 23)

Zanedbávání citové je neuspokojování citových potřeb dítěte. To se týká náklonnosti a lásky k dítěti, ale i pocitu dítěte, že někam patří. (1, 6, 11, 18, 23)

Zanedbávání výchovy a vzdělání se vyznačuje selháním možností vzdělání dítěte. Například neustálou absencí ve škole, dětskou prací v domácnosti i mimo ni.

Nejzávažnějším případem zanedbávání je izolace dítěte od lidské společnosti. Často je dítě odděleno i od prarodičů. (1, 6, 11, 18, 23)

Zanedbávání v oblasti zdravotní péče je pozorovatelné v případech, kdy dítě potřebuje tuto péči, či v případech, kdy je opomíjena základní preventivní zdravotní péče. Jedná se také o nedostatečný dohled přiměřený věku dítěte. Tak se zvyšuje počet úrazů dítěte, kterým bylo možno zabránit. (1, 6, 11, 18, 23)

1.1.5 Zvláštní formy

V praxi se setkáváme i s dalšími formami násilí na dítěti.

1.1.5.1 Šikana

Je možné rozlišit dva základní termíny - šikana a teasing. Za teasing můžeme označit chování, které šikanu připomíná. Je to nevinné škádlení mezi dětmi. Například na druhém stupni základní školy chlapci provokují děvčata proto, že se jim líbí, dívky křičí, chichotají se. Občas chodí i žalovat, ale dospělý vidí, že jim toto škádlení není nepříjemné a jejich stěžování je formální. Toto je běžný jev. (5, 9, 12)

Šikana je jev, kdy jeden nebo více žáků úmyslně a většinou opakovaně týrá spolužáka nebo spolužáky. K tomu používá agrese a manipulaci. Ne vždy se musí jednat o převahu fyzickou, tedy že fyzicky silnější jedinec šikanuje fyzicky slabšího jedince. Může se jednat o převahu ve formě psychické síly. Psychicky odolnější jedinec trápí psychicky méně odolného jedince. Takové případy se vyskytují velmi často, a to na všech typech a stupních škol. Ublížovaný jedinec bývá většinou osobou, která navenek jeví známky slabosti. Je klidný a velmi uzavřený, často nedokáže se spolužáky přirozeně komunikovat, stojí v pozadí. Je možné, že je i drobně fyzicky odlišný. Takové

dítě může být terčem nadávek a urážek. Existují i případy, kdy je nuceno psychicky silnějším sloužit, nechává se jím manipulovat nebo vydírat. (5, 9, 12)

Převaha síly často funguje v množstevní podobě. Větší množství dětí trápí menší množství dětí ve třídě, či jedince. Jsou známy případy, kdy ve skupině působí určitá skupina silných jedinců, která přijímá další členy. Ti, kteří se nechtějí začlenit, se stávají množstevně slabšími. (5, 9, 12)

Velice specifickým jevem je mentální síla v prostředí třídy. Intelektově zdatnější jedinec trápí intelektově méně zdatného jedince. (5, 9, 12)

Šikana je postupně se rozvíjející negativní chování vůči spolužákovi či spolužákům. Muže být i jednorázovým, krátkodobým aktem. Jeví se, že krátkodobé šikany jsou mnohdy daleko nebezpečnější. Probíhají v samotné třídě a učitel o nich neví a nejsou za šikanu nepovažovány. Mezi odbornou veřejností totiž stále panuje názor, že za všech okolností musí jít o dlouhodobý proces. (5, 9, 12)

1.1.5.2 Systémové týrání

Jde o druhotné ponižování, takzvaná sekundární viktimizace. Jedná se o týrání dítěte systémem, který původně vznikl na jeho ochranu. Druhotné zraňování a vystavování dítěte nadbytečné psychické zátěži v průběhu vyšetřování pro syndrom týraného dítěte. Jako oběť trestného činu se tak stává obětí vyšetřování. (7, 13, 23)

Do tohoto způsobu týrání patří opakované výslechy, nedůvěra v to, co dítě říká, a obviňování dítěte, například ze zavinění události týrání. Dále pak přenášení zodpovědnosti na dítě a v neposlední řadě odebrání dítěte z rodiny. (7, 13, 23)

Ve zdravotnických zařízeních pak jde o opakovaná, nadbytečná lékařská vyšetření. Ve škole dochází k ponižování, přetěžování a neadekvátnímu přístupu k dítěti. V mateřské škole, základní škole či dětském domově může dojít k zanedbávání či špatné péči. Při rozhodování o osudu dítěte bez dostatečné objektivní informovanosti o situaci. (7, 13, 23)

Často dochází k oddělení dítěte od rodiny tam, kde to není nevyhnutelně nutné, při vyšetřování u soudu či na služebnách policie České republiky. Pro dítě je mimořádná zátěž trauma způsobené dítěti při kontaktu s policejním či soudním systémem při opakování výslechu, nebo při konfrontaci s dospělým. (7, 13, 23)

1.1.5.3 Münchhausenův syndrom

Münchhausenův syndrom je behaviorální komplex. Pacienti v něm smýšlejí svá anamnestická data a předstírají tělesné nebo duševní příznaky, obvykle za účelem hospitalizace. Münchhausenův syndrom se podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí řadí do diagnostické skupiny předstíraných poruch. (17, 23)

Jde o chorobu zahrnující somatoformní poruchu, předstíranou poruchu a simulaci. Příznaky jsou nevědomé a mimovolní až výlučně vědomé a volní. Tato skupina poruch se řadí mezi nejsložitější fenomény klinické praxe. Je u nich velice obtížná diagnostika i léčba. (17, 23)

Samotná předstíraná porucha se dělí do tří podskupin. Převažují psychické příznaky, nebo převažují tělesné příznaky, nebo je choroba s příznaky smíšenými. Pacienti s touto poruchou se vědomě dopouštějí klamavého chování. Motivace k tomuto chování může být nevědomá. (17, 23)

Münchhausenův syndrom je relativně vzácný. Tvoří zhruba 10 % ze všech předstíraných poruch. Obvykle se objevuje v rané dospělosti, ale může se objevit již během dětství nebo v dospívání. Pacienti jen málokdy přijímají psychiatrickou léčbu. Intervence pouze zmírňují symptomatiku na přechodné období a většina pacientů se dříve či později ke svému životnímu stylu vrací. (17, 23)

Opakovaným předstíráním příznaků, sebepoškozujícím jednáním a absolvování vyšetřovacích a operačních zákroků může vést k vážnému poškození dětského pacienta. (17, 23)

1.1.5.4 Shaken baby syndrom

Jedná se o nejčastější příčinu úmrtí, nebo vážného neurologického poškození vyplývajícího z týrání dětí. Vzniká nadhazováním dítěte a třesením dítěte. Může být způsobeno prudkým třesením dítěte na kolenou v rámci her. (2, 10, 24)

Je typický u dětí, protože mají specifické anatomické rysy. Subdurální a retinální hemoragie jsou nejčastější příznaky poranění. Americký radiolog John Caffey poprvé pojmenoval tento syndrom už v roce 1974. Britský neurochirurg Guthkelch pak syndrom popsal jako nejčastější příčinu subdurálního krvácení u kojenců. Je jednou z hlavních příčin poškození mozku u dětí. (2, 10, 24)

V poslední době doznala mnohých pokroků neuropatologie a metody zobrazovací techniky. Díky tomu je možné pojmenovat příčinu poranění mozku vlivem třesení, jedná se o hypoxicko-ischemickou encefalopatii. Nejcitlivější metodou rozeznávání postižení je použití magnetické rezonance. (2, 10, 24)

V případě že se odhalí subdurální krvácení u dítěte, rodina by měla být vždy podrobena vyšetřování pro podezření týrání. (2, 10, 24)

1.2 Epidemiologie

Spolehlivé domácí údaje o prevalenci týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte nejsou dosud z ČR k dispozici. V České republice některou formu násilí zažívá přibližně 1–2 % dětské populace do 15 let věku. V evropských zemích se srovnatelnou kulturou se udává, že v dětské populaci je kolem 4–5 % týraných a zneužívaných dětí. Tyto údaje jsou vždy zatíženy chybou, jedná se obvykle o případy zachycené zdravotnickými, sociálními, pedagogickými či charitativními institucemi. K násilí dochází často řadu let, aniž by bylo objeveno. (5, 6, 13, 25)

Chlapci jsou obecně týráni stejně často jako děvčata. Podíl děvčat jako obětí násilí je vyšší u případů sexuálního zneužívání. (5, 6, 13, 25)

Podle odborných odhadů u nás ročně na následky týrání a špatné péče umírá kolem padesáti dětí. Nejčastějšími se jedná o děti kojeneckého a batolecího věku. Statisticky jsou sledována úmrtí na vnější příčiny, tedy úrazy, otravy a dokonané sebevraždy. Ve velkém množství případů stojí za úmrtím dítěte v důsledku úrazu nebo otravy neprokázané týrání nebo hrubé zanedbání rodičovské péče. Příčinou většiny dětských sebevražd jsou neúnosné poměry v rodině. Často je důvodem týrání a obava před dalším trestem, nejčastěji v souvislosti s problémy ve škole. (5, 6, 13, 25)

1.3 Rizikové faktory pro syndrom CAN

Ze zkušeností vyplývá, že některé děti jsou syndromem CAN ohroženy více než jiné, déle bývá výskyt syndromu vyšší u některých rodin ve specifickém prostředí.

1.3.1 Skupiny dětí ohrožené CAN

Jde o děti, jejichž projevy jsou z různých důvodů pro jejich sociální okolí nesrozumitelné a je tím pádem obtížné je výchovně zvládat. Dále jsou ohroženy děti, které svým chováním vychovatele vyčerpávají, dráždí, popřípadě provokují, někdy i svádějí. (1, 6, 7, 23)

Děti s lehkými mozkovými dysfunkcemi. Dále pak hyperaktivní, neklidné, nesoustředěné, náladové, impulzivní nebo z jiných příčin nadměrně dráždivé. Rizikové jsou zlostné, trucovité nebo plačtivé a úzkostné děti. Významnou skupinou jsou i děti nevlastní. (1, 6, 7, 23)

Dále děti chronicky ve škole neprospívající, neobratné či jakkoliv nezapadající do běžné normy. Problémem jsou často děti, které nezapadají do rodičovského očekávání. Jsou nemocné, postižené, s tělesnými odlišnostmi. Dále děti mentálně retardované, děti neaktivní, utlumené, uzavřené, které nedovedou vzbudit ani udržovat zájem dospělého v náležité intenzitě. (1, 6, 7, 23)

Ohroženy jsou dívky výrazných ženských tvarů, mazlivé až koketní. To se nejvíce projevuje v případech sexuálního zneužívání. (1, 6, 7, 23)

Oběti týrání se dají rozdělit do několika skupin. Jednou z nich jsou pasivní děti, často bojácné, opatrné, uzavřené, fyzicky slabé děti. Další možností jsou provokující děti, ty svým chováním provokují negativní reakce u dospělých. Účelové oběti sami na sebe berou roli oběti za účelem získání pozornosti. Falešné oběti na sebe záměrně chtějí upoutat pozornost. Dále pak děti, které jsou šikanovány dospělými, jsou více náchylné k agresivitě vůči mladším a slabším. (1, 6, 7, 23)

1.3.2 Rizika na straně rodiče

Velmi běžné je, že týrané dítě vyrůstá v nefunkční nebo neúplné rodině. Matka, která měla v dětství sama podobný osud, takto jedná nebo takové jednání toleruje. Také alkoholismus je v rodině častým jevem. Je nutné vědět, že násilí se nevyhýbá ani rodinám středoškolsky či vysokoškolsky vzdělaných osob. Zde se jedná převážně o různé druhy trestání. (1, 5, 6, 13, 21, 23, 24)

1.3.3 Rizikové prostředí

Mezi rizikové faktory patří často materiální těžkosti nebo jiná obtížná sociální situace. Děti, které nenaplnují očekávání svých rodičů. Fyzické nebo psychické zatěžování v rodině s více dětmi nebo naopak v neúplné rodině. Příliš mladí nebo nezkušení rodiče, na péči náročné, nebo chronicky nemocné děti, psychiatrické nebo jiné onemocnění rodičů. (1, 5, 6, 13, 21, 23, 24)

Nadměrně často jsou týráním postiženi kojenci a velmi malé děti, které jsou náročné na ošetřování a zcela závislé na péči. (1, 5, 6, 13, 21, 23, 24)

1.4 Týrané dítě a obor pediatrie

Pediatrie, nebo-li dětské lékařství se zabývá zdravím a nemocí lidského jedince od narození do dosažení dospělosti. Koncepce oboru pediatrie v ČR deklaruje, že pediatrická péče trvá do 19. narozenin, ve výjimečných případech může trvat i déle. Pediatričtí pracovníci jsou často první, kdo pojme podezření na týrání dítěte. (11)

1.4.1 Dětské jednotky intenzivní péče

Jednotka intenzivní péče je specializované oddělení nemocnice, poskytující intenzivní zdravotnickou péči. Označení není jednotně standardizováno. (11)

Pediatrické jednotky intenzivní péče a pediatrické jednotky intenzivní a resuscitační péče jsou obsazeny lékaři a sestrami, kteří jsou speciálně vyškoleni v oboru intenzivní péče a v oboru pediatrie. Časté bývá i dělení na pediatrické a interní jednotky intenzivní péče. S týraným dítětem se pak můžeme setkat na obou z nich. Na interních jednotkách vidíme spíše týrané děti po otravách, na chirurgických jsou to pak především poranění hlavy a skeletu. (11)

1.4.2 Doporučený postup ošetřování týraného dítěte

Před tím, než je vysloveno podezření ze syndromu CAN, je třeba převzít dítě do péče. Lékař by pak následně měl podniknout základní opatření. Je důležité mít

k dispozici předchozí zdravotnickou dokumentaci. Do ní je třeba zanášet zjištěné informace. Je třeba zjistit aktuální sociální zázemí dítěte a jeho změny. Obvykle tak lékař pojme první podezření, zjistí-li, že dítě žije v rizikovém prostředí. Pokud rodič nebo zákonný zástupce dítěte odmítl udat jméno a adresu posledního praktického lékaře pro děti a dorost, jedná se také o rizikového rodiče. Důvodem podezření jsou rodiče, kteří často mění ošetřujícího lékaře nebo vyhledali opakovaně lékaře a uváděli nedůvěryhodnou anamnézu potíží dítěte. Lékař by měl dále rozeznat užívání nedoporučených postupů v léčbě dítěte. Důležitým indikátorem jsou chybné způsoby péče o dítě včetně stravování dítěte. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

Následně je nutné provedení komplexního vyšetření dítěte při převzetí do péče. Provádí se hodnocení výšky, hmotnosti, obvodu hlavy, BMI (body mass index) a vyšetření moči. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

Dalším důležitým krokem je zaznamenat anomálie v chování a v navazování kontaktu s dítětem. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

Pozornost je potřeba věnovat popisu zhojených poranění, jizvám, tetováním, opruzeninám. Následuje zhodnocení úrovně hygieny včetně stavu oblečení. Je třeba, aby lékař o všech skutečnostech řádně, čitelně a úplně provedl zápis do zdravotnické dokumentace. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

Za každých okolností je třeba, aby lékař zachoval profesionální jistotu v komunikaci s dítětem a jeho doprovodem. Je nezbytné zabránit konfrontačnímu pohovoru s doprovodem dítěte. Záznamy se provádí nejen o dítěti, ale také o jeho doprovodu. Také je třeba zaznamenat údaje získané od osoby doprovázející dítě ve vztahu k aktuálním potížím dítěte. Zároveň, pokud je to vzhledem ke stavu a věku dítěte možné, je třeba získat anamnestické údaje i od dítěte. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

V případě podezření na sexuální zneužívání je třeba zvláště pozorně vyšetřit genitál a řitní otvor. Znamky násilí mohou být patrné na prádle, které je potřeba zajistit k detekci stop krve a spermatu. Výtok z pochvy u malých děvčátek je vždy podezřením na sexuální zneužití. Jde-li o podezření na týrání a sexuální zneužití, je doporučeno odeslat dítě k diagnostickému pobytu na příslušné dětské oddělení. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

Dalším krokem je na základě subjektivních i objektivních údajů neprodleně telefonicky informovat o svém podezření orgány sociálně právní ochrany dětí, tedy OSPOD. Podle situace lékař oznámí OSPOD svůj další postup a kam dítě odesílá. (1, 5, 6,

11, 21, 23)

Dále je třeba oznámit tuto skutečnost státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu, aby se vyvaroval zbytečné viktimizace dítěte opakovaným vyšetřováním. Další postup lékaře vyplývá ze zdravotního stavu dítěte. Následuje vyšetření a ošetření dítěte, poučení doprovodu, popřípadě pozvání ke kontrolnímu vyšetření. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

Pokud to stav dítěte vyžaduje, zajistí lékař hospitalizaci, ta je vždy u dítěte, které vyhledá lékařskou péči samo a u dítěte v doprovodu cizí osoby, která vyslovila podezření ze syndromu CAN. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

Pokud rodiče nedají souhlas s hospitalizací, je postupováno v souladu s § 23 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Je-li dítě v doprovodu cizí osoby, která vyslovila podezření na syndrom CAN, lékař musí zaznamenat do zdravotnické dokumentace kontakt na tuto osobu. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

1.4.3 Zdravotnická dokumentace

Záznam do zdravotnické dokumentace dítěte je veden v souladu s vyhláškou č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

Nejprve je do dokumentace zanesen datum a čas prvotního podezření na syndrom CAN. Poté se učiní záznam vlastního šetření. Je zde uveden subjektivní popis potíží vyslovený dítětem nebo doprovodem. Zaznamená se průběh vyšetření dítěte s detailním popisem nálezů. Další položkou je pak způsob, datum ohlášení a jméno pracovníka OSPOD, kterému lékař podezření ze syndromu CAN nahlásil. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

Výpis ze zdravotnické dokumentace s popisem nálezů předá lékař OSPOD. Děje se tak v souladu s § 53 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Je-li výzva k zaslání výpisu ze zdravotnické dokumentace dítěte učiněna telefonicky, lékař učiní záznam o této telefonické výzvě do zdravotnické dokumentace. Je-li výzva učiněna prostřednictvím e-mailové schránky, pak lékař tuto výzvu vytiskne a založí do zdravotnické dokumentace dítěte. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

Zpoplatnění výpisu ze zdravotnické dokumentace dítěte se děje v souladu s § 15 odst. 10 zákona č. 47/1998 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Poplatek hradí orgán, který si výpis vyžádal. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

V souladu s ustanovením § 67 bb odstavce 3 zákona č. 20/1966 Sb., v platném znění, je třeba stanovit, že pokud jsou ve zdravotnické dokumentaci o nezletilém

pacientovi zaznamenány takové údaje o jeho zákonném zástupci, které zdravotnickému pracovníkovi nezletilý pacient sdělil, ze kterých lze zároveň vyvodit podezření na zneužívání nebo týrání nezletilého pacienta, pak zdravotnický pracovník může omezit zpřístupnění zdravotnické dokumentace zákonným zástupcům. To lze učinit, i pokud o to nezletilý pacient sám požádá. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

1.4.4 Přístup zdravotníků

Postup zdravotníka při podezření, že je dítěti ubližováno, musí být veden v zájmu dítěte. Je třeba vytvořit jistotu bezpečného místa pro dítě. Zasadit se o právo dítěte na výchovu bez násilí. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

Při důvodném podezření nejprve následuje celková tělesná prohlídka svlečeného dítěte. Nálezy a výpovědi musejí být zdokumentovány. Konfrontace s vychovatelem přitom není žádoucí. Při podezření na týrání se doporučuje další ambulantní či stacionární vyšetření. Je nutné důkladně vysvětlit, že jde o vyloučení možných vážnějších následků úrazu nebo závažného onemocnění. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

Mohou pomoci multidisciplinární nebo interdisciplinární skupiny pro ochranu dětí při dětských klinikách. Tak jak se s tím je možné setkat například v Německu. Tyto týmy pak kompetentně potvrdí či vyloučí podezření na týrání a orientují se na další kroky v medicínském, sociálním a pedagogickém smyslu. Odpovědnost a zátěž vyplývající z těchto odhalení přeberou na sebe. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

Vyslovení podezření na násilné jednání vůči dítěti je velice složité. Údaje rodičů mohou být lživé tak, aby zakryly skutkovou podstatu činu, a nejsou tím pádem směrodatné. Jejich údaje je nutno podrobně analyzovat a poté vyloučit, nebo odhadnout míru pravděpodobnosti, jak mohl nálezný skutečně vzniknout. Je nutné hledat odlišnosti ve výpovědi jednotlivých osob. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

K týrání dochází nejčastěji v izolovaném prostředí bytu. Tak uniká pozornosti. Samy oběti často nedokážou slovně vyjádřit vznik poranění. Nejčastější příčinou je nízký věk nebo psychické postižené jedince. Dítě je na rodiče psychicky vázané. Dítě ve věku tří až pěti let dokáže některé situace věrohodně popsat. Je třeba klást dotazy přiměřeně a vhodně. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

Při náhodném úrazu je normální snaha rodičů okamžitě vyhledat lékařské ošetření. Při úmyslném jednání je téměř pravidlem jistá časová prodleva. Prodleva

nastává, i když je jasné, že se stav spontánně upraví. To lze pozorovat i u fatálních případů. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

U dítěte je rovněž nutno zhodnotit stará poranění. Zpravidla objektivní nález úrazových změn na těle, kůži, podkoží či kostech má větší výpovědní hodnotu než údaje získané rodičovskou anamnézou. (1, 5, 6, 11, 21, 23)

1.5 Vyšetření a diagnostika

Při vyšetřování dítěte je nutné důsledně zaznamenávat veškeré získané informace do zdravotnické dokumentace.

1.5.1 Anamnéza

Dospělí provázející postižené dítě do ambulance často udávají vymyšlenou příčinu poranění nebo neudávají žádnou. Zdravotník by si měl být vědom, že nepřesné údaje o způsobu zranění jsou vždy podezřelé. Odlišné vlastní zkušenosti zdravotníka nebo zdravotnice od rodiči uvedených příčin mohou být varovným signálem týrání. Takovým příkladem může být například malý sourozenec, který podezřele často zranění způsobuje. (1, 5, 13, 15, 24)

1.5.2 Vlastní vyšetření lékařem

Diagnostika je všeobecně obtížná. Nelze přesně stanovit typické příznaky, které by dokázaly rozlišit úrazy úmyslné od náhodných. Přesto vyplývá pro lékaře povinnost mít tuto možnost na zřeteli. Musí předpokládat, že rodiče či opatrovníci nejsou vždy ti, kdo usilují o optimální vývoj dítěte. (1, 3, 6, 13, 15, 18, 21, 23, 24)

Závažnost a rozsah postižení mohou být různé. Těžko lze určit hranice, kdy násilí vyústí do letálního konce. Je třeba pamatovat, že i nevelká poranění mohou vést ke smrti. To je nejdůležitější v kojeneckém a batolecím věku, kdy je též nejvyšší frekvence smrtelných příhod. (1, 3, 6, 13, 15, 18, 21, 23, 24)

Prohlídka postiženého dítěte je nezbytná. Vyžaduje pečlivé posouzení a nezbytná je hlavně přesná dokumentace a vyličeného úrazového děje a úrazových změn. (1, 3, 6, 13, 15, 18, 21, 23, 24)

Krevní podlitiny a oděrky jsou u týraného dítěte obzvláště častým nálezem. Jejich různé zbarvení, které probíhá v intervalu dvou až tří týdnů, může upozornit na možnost častého používání násilí. Neexistuje místo, kde by se tyto úrazové změny nemohly nalézt. Na obličeji a ve spojivkách jsou patrné, ve vlasaté části hlavy uniknou pozornosti. Je možné nalézt i zranění v ústní dutině, obvykle na sliznici rtů, dásní, jazyka a také hltanu. Zde mohou být přítomna i poranění způsobená ostrým předmětem. Symetrické podlitiny na tvářích, krku či hrudníku je typické pro úchop rukama. Podlitiny na břicho mohou být doprovázena poraněním nitrobršních orgánů. Tlak prstů vyvolá menší hematomy. Údery pěstí či kopnutí větší oválné podlitiny. Nástroje při úderu zanechávají změny odpovídající jejich tvaru. Oděrky mohou být přítomny i na genitálu dívek nebo předkožce u chlapců. (1, 3, 6, 13, 15, 18, 21, 23, 24)

Rány vzniklé kousnutím dospělou osobou je nutné odlišit od kousnutí zvířetem. Vyskytují se popáleniny. Typické jsou také popáleniny způsobené cigaretou. (1, 3, 6, 13, 15, 18, 21, 23, 24)

Letální průběh je u týraného dítěte nejčastěji způsoben poraněním hlavy. Kraniocerebrální poranění jsou způsobována násilím směřovaným na hlavu. Akutní subdurální hematom vzniká, protože lební švy nejsou srostlé a lebka je volná, v mozkomíšním moku je pohyblivý plovoucí mozek. To umožní vznik shaken baby syndrome, při kterém dochází k opakovaným prudkým pohybům relativně těžké hlavy na poměrně slabém krku. Je tak vyvoláno krvácení do sítnice, je možná i trvalá slepota a intrakraniální krvácení. (1, 3, 6, 13, 15, 18, 21, 23, 24)

Na hrudníku lze pozorovat zlomeniny žeber, většinou v místě největšího ohnutí, na zevní straně nebo těsně u páteře. Zlomeniny vznikají silným zmáčknutím hrudníku nebo nárazem na tvrdou podložku. Zlomeniny dolních končetin, často i spirálního tvaru při torzním mechanismu, vznikají hrubým násilím. Zlomeniny kostí horních končetin a klíčku vznikají u batolat při mnohem menším násilí. (1, 3, 6, 13, 15, 18, 21, 23, 24)

Poranění nitrobršních orgánů vznikají tupým násilím na břicho. Nejčastěji jsou postižena játra a slezina. Hematomy na břicho nejsou patrné, byl-li úder veden přes oblečení. Poranění se může projevit až po určité době krvácením z prasklého pouzdra sleziny nebo jater. Poranění dalších dutých orgánů v břicho se projevuje jejich roztržením. Diagnóza je ztížena tím, že úrazový mechanismus je anamnesticky podán zkresleně. (1, 3, 6, 13, 15, 18, 21, 23, 24)

Poranění konečníku často vzniká zavedením cizího předmětu při sexuálních praktikách. (1, 3, 6, 13, 15, 18, 21, 23, 24)

Při podezření na znásilnění je dítě nutno ihned odeslat na gynekologické vyšetření. Vyšetření se pak provádí většinou v celkové anestezii k prevenci další traumatizace dítěte. (1, 3, 6, 13, 15, 18, 21, 23, 24)

1.5.3 Projevy týrání pozorovatelné v chování dětí

Jedná se většinou o neobvyklé, dětské mentalitě neodpovídající chování. Může se pohybovat od extrémního odstupu přes agresivitu nebo asociální chování až k přílišné důvěřivosti a přichylnosti. Často bývá následkem ztráty důvěry nebo známkou poruchy vztahu k doprovázející osobě. (5, 13, 23)

1.6 Jednotlivé oblasti tělesných postižení

Poranění se vyskytují na specifických orgánech. Nejčastěji je možné je pozorovat v následujících oblastech. Známký zranění, která jsou lokalizována na netypických místech. Často na krku, tvářích, zádech, genitáliích nebo hýždích. Vždy vyžadují jasné a přijatelné vysvětlení vzniku. V opačném případě je třeba vyhodnotit je jako důvody k podezření z týrání. Často jsou zranění podezřele shodná se známkami poranění typickými pro různé věkové skupiny. Rozličné lokalizace mohou být zdůvodněné jako následek výchovného záměru. Ve skutečnosti jde ale o týrání dítěte. (13, 23)

1.6.1 Chirurgie a traumatologie

Traumatologická péče o týrané dítě je třístupňová. Jedná se velmi často o intervence zachraňující dítěti život. (5, 13, 23)

Základní stupeň je realizován na chirurgických, traumatologických nebo ortopedických pracovištích ambulantního či lůžkového typu a zahrnuje základní traumatologickou péči. (5, 13, 23)

Vyšší stupeň péče je realizován v lůžkových zdravotnických zařízeních. Tam je možné sestavit tým odborníků z více chirurgických oborů. Je k dispozici dostatečné zázemí intenzivní péče a je zajištěn návaznost péče následné, zejména rehabilitační.

Zahrnuje specializovanou traumatologickou zdravotní péči. Kromě péče v popáleninových centrech. (5, 13, 23)

Nejvyšší stupeň péče je poskytován v traumacentru a popáleninovém centru. (5, 13, 23)

1.6.1.1 Hlava a mozek

Zranění hlavy bývají v případech týrání dětí objeveny zřídka, mají však často letální následky. Jedná se o vnější způsob poranění, tedy úderem do hlavy nebo úderem hlavy o nějakou překážku, to může vést jak ke zlomenině lebeční klenby, tak i k vnitřnímu zranění. Existuje zde ale i výrazné nebezpečí v takzvaném traumatu z otřesů u kojenců, tedy shaken baby syndrom. Je možné ho prokázat i na očích, probíhá krvácení do sítnice a sklivce. Postižení kojenci vykazují následkem tohoto časté a značné nespecifické neurologické dopady. Trvalá poškození jsou pravidlem. (2, 10, 13, 23, 24)

1.6.1.2 Hrudník a břišní dutina

Rány a kopance mohou v oblasti břišní dutiny způsobit závažná a silně krvácející zranění. Tyto případy tvoří jen velmi malou část zranění týraných dětí, jsou uváděny jako druhá nejčastěji příčina úmrtí. Ke smrti vedou nejčastěji úrazy hlavy. Rozhodujícím faktorem záchrany života tu hraje urychlené vyhledání lékařské pomoci. (13, 23, 24)

1.6.1.3 Skelet

Nešťastnou náhodou způsobené zlomeniny kostí v kojeneckém věku jsou vzácné. Každá nevysvětlená zlomenina je proto zásadně podezřelá. Při nehodách jsou postihována žebra a části dlouhých kostí poblíž kloubů. Vysoce podezřelé jsou klinicky nečekané náhodně objevené zacelené zlomeniny kostí. Ty, které nebyly nikdy lékařem ošetřeny. (5, 13, 14, 18, 23, 24)

1.6.2 Gynekologie

Úrazy rodidel jsou u dospělých žen a adolescentních dívek vzácné. Vyskytují se při polytraumatech pánevní oblasti, nebo v souvislosti s excesy v pohlavním životě. U dětí jsou dosti časté. Jsou způsobeny pádem rozkročmo na tvrdý předmět, jako je prolézačka, rám jízdního kola, okraj vany, u batolat je to často pád na přední výstupek plastového nočníku. (3, 13, 16, 22, 23, 24)

Jedná se o poranění tržně-zhmožděná, nejčastěji na přední komisuře, tedy v krajině poševní, malých stydkých pysků a zevního ústí močové trubice. Typické je velmi silné krvácení, jsou velmi bolestivé a snadno vznikají rozsáhlé edémy a hematomy. (3, 13, 16, 22, 23, 24)

Poranění vzniká při zavádění předmětů či prstů do rodidel bývají lokalizována na zadním obvodu hymenu. Dále je možné je pozorovat na zadní poševní stěně a ve fossa navicularis. Vzácně dochází k poruše i anu a análního sfinkteru. (3, 13, 16, 22, 23, 24)

U poranění tohoto charakteru vždy myslíme na možnost pohlavního zneužívání. Diagnostika vyplývá z lokálního nálezu. Je nutné aby zahrnovala také vaginoskopickou kontrolu pochvy. Poranění může být někdy až v poševní klenbě bez viditelného porušení zevních rodidel. (3, 13, 16, 22, 23, 24)

Uvedená poranění je třeba chirurgicky ošetřit a to zásadně v celkové anestézii. Součástí je vždy i péče o mikci. Zpravidla se používá permanentní močový katétr po několik dnů. Uzavřené hematomy rodidel zásadně neinciduujeme. To je nutno provést až za týden po úrazu. V té době jsou již cévy plnicí hematom uzavřeny organizací trombu a nehrozí další krvácení. (3, 13, 16, 22, 23, 24)

Poranění dětských rodidel jsou obvykle rány nečisté a mají zhmožděné okraje. Aplikuje se proto protitetanová prevence. Antibiotika je vhodné podat jen při zánětlivých komplikacích. (3, 13, 16, 22, 23, 24)

Pohlavní styk či pokus o něj nebo i jakékoli aktivity jej nahrazující s osobou mladší než 15 let hodnotí § 242 trestního zákoníku jako pohlavní zneužití, které je stíháno nepodmíněnými tresty. Dětský gynekolog často provádí vyšetření pro potvrzení, zda jsou na dívčině těle nějaké stopy svědčící pro takový čin. Před vyšetřením se odebírá podrobná anamnéza. To se provádí zvlášť s dítětem a zvlášť s doprovázející osobou. Důležité jsou hlavně rozpory v samotné anamnéze. Je třeba odebrat i menstruační anamnézu. Zjišťuje se, zda již dívka měla pohlavní styk. Aspekci celého těla pátrá lékař po stopách násilí. Hodnotí se rozvoj druhotných pohlavních znaků.

Rodidla se vyšetřují nejprve aspekci pouhým okem, pak je hodnocen tvar a celistvost hymenu v 12,5 násobném zvětšení kolposkopem. Odebírá se vzorek k vyšetření výtoku a k pátrání po spermiích. Nakonec se vyšetřují pomocí rektoabdominální palpce vnitřní rodidla a děloha. (3, 13, 16, 22, 23, 24)

Fakta jsou podrobně zaznamenávána, nález je nutné psát českými termíny pro srozumitelnost i laickým osobám činným v trestním řízení. Nález je vydáván jen na základě právoplatného vyžádání a za předpokladu, že zákonní zástupci dítěte k tomu dají písemný souhlas. V opačném případě nález vydat nesmíme. K tomu je nezbytný právní úkon, takzvané prolomení povinné mlčenlivosti. (3, 13, 16, 22, 23, 24)

1.6.3 Kůže

Při týrání děti bývá nejčastěji postiženým orgánem. Četné hematomy jsou přinejmenším podezřelé. Jsou zde patrné známky poranění ve formě modřin a podlitin, různých předmětů nebo prstů na kůži, nebo kousnutí. Ty jsou již přímo usvědčující. Také spáleniny a opařeniny na neobvyklých místech a zvlášť symetrické opařeniny pokrývající celé části obou nohou či rukou jsou jakožto následek nehody mimořádně vzácné a ukazují na vysokou pravděpodobnost týrání. Například se jedná o opařeniny ve tvaru punčošek, které vznikají při ponoření dítěte do vařící vody. (23, 24)

1.7 Klinický obraz

Obecně je nutné věnovat pozornost určitým znakům, které mohou nasvědčovat týrání. Pro fyzické týrání svědčí zranění, která dítě nedokáže vysvětlit, zranění, která nebyla ošetřena, zranění na částech těla, kde je náhodné zranění nepravděpodobné. Jedná se často o tváře, hrudník nebo stehna. Dalšími ukazateli mohou být zhmožděny nesoucí stopy ruky nebo prstů, popáleniny od cigaret, známky lidského kousnutí, zlomeniny, opařená místa. Fyzické týrání se v chování dítěte může projevit tím, že dítě nechce, aby byli kontaktováni rodiče, je agresivní, nebo má vážné citové výbuchy. Ukazatelem týrání může být i útěk z domova nebo strach z návratu domů. Dítě se nechce svléci ke sportovním či jiným činnostem, kde je převlékání běžné, popřípadě

dítě skrývá paže nebo nohy i za teplého počasí, uhýbá při blízkém kontaktu. Běžným projevem jsou deprese, ale také abnormální poslušnost vůči rodičům. (3, 13, 16, 22, 23, 24)

Psychické týrání je obtížné objevit, existují však znaky, které mohou k odhalení pomoci. Psychické týrání může mít za následek nedostatečný růst nebo rozvoj, náhlé vady řeči, či opožděný tělesný nebo duševní rozvoj. Dítě má často nadměrný strach z chybování, nerado se zapojuje do her. Může se projevit sebepoškozováním, nebo zmrzačováním. Dítě nechce, aby byli kontaktováni rodiče, má velmi nízkou sebedůvěru, či není schopno vyrovnat se s chválou. (3, 13, 16, 22, 23, 24)

1.8 Léčba

Komplexní terapeutická práce je souhrnem příslušných opatření. Jedná se o jednorázové krizové intervence a diagnostiku, krátkodobou, individuální, skupinovou či rodinnou terapii, či dlouhodobou formu psychoterapie, kdy je potřeba několikaměsíční péče. (5, 23, 24)

Důležitou složkou je i socioterapie, kterou rozumíme terénní práci v podobě kontaktu s rodinou v jejím přirozeném prostředí. V praxi lékaře primární péče se terapie řídí podle doporučení odborných ambulancí a sociálním statutem dítěte. To se nachází v biologické rodině nebo v náhradní rodinné či v ústavní péči. (5, 23, 24)

Je nutné aby léčba byla vždy komplexní a multidisciplinární. Je třeba zajistit kooperaci lékařů, sester, psychologů, sociálních pracovníků, popřípadě duchovních. Níže budou rozebrány příklady terapie v oblasti tělesné a psychologické. (5, 23, 24)

1.8.1 Tělesná terapie

Jedná se o soubor všech úkonů, které vedou ke zlepšení zdravotního stavu dítěte. Jejich posloupnost vyplývá z důležitosti zásahů v jednotlivých postižených oblastech těla dítěte. (23, 24)

1.8.2 Psychologická terapie

Terapie v případě syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je velmi těžká. Mnohdy vzniká základ pro celoživotní psychotrauma. I ve starším věku

potřebuje takový člověk péči psychologa či psychiatra. Většina dětí zasažených syndromem CAN se nesmí vrátit do biologické rodiny. (5, 9, 23, 24)

Jejich život se komplikuje pobytem v kojeneckých ústavech či dětských domovech. V mnoha případech dochází ke kombinaci problémů vzniklých na základě syndromu CAN. Zároveň v kombinaci s deprivací z dlouhodobé ústavní péče. Úplné uzdravení dítěte pak není možné. (5, 9, 23, 24)

Řešením pro budoucnost se jeví zakládání center pro děti s vývojovým traumatem. Chybí také okamžitá pomoc druhému partnerovi, který v určitém okamžiku poznal, jak jeho životní druh selhal. Kombinuje se tak prožívání těžkého traumatu ze zklamání nad svým partnerem, strach o své dítě, ale i pocit selhání, když sám nic neodhalil. Často je pak druhému partnerovi dítě odebráno, aby bylo ochráněno. Taková situace znamená stresovou zátěž pro dítě i rodiče. (5, 9, 23, 24)

1.9 Následky

Děti vystavené syndromu CAN jsou posuzovány jako děti žijící v těžkých sociokulturních podmínkách. Je nutné, aby byly sledovány odborníkem. Tím je především praktický lékař pro děti a dorost, pedopsycholog, nebo psycholog, pedopsychiatr. Jedná se o kontroly odborníků asi 4–6x za rok. Dále nesmí být opomenuta spolupráce se sociálními pracovníky. (1, 5, 9, 15, 23, 24)

Následky úrazů jsou reverzibilní či ireverzibilní. Můžeme je rozdělit na somatické následky, neurologické následky a následky v psychické oblasti. Expozice traumatickou událostí má významný dopad na fungování dítěte v kognitivní, afektivní a behaviorální sféře. Tyto následky se projevují postupně. Může se jednat o hypervigilanci, útlum, poruchy spánku, deprese a kolísání nálad. Nemusí být hned spojovány s traumatickou událostí. (1, 5, 9, 15, 23, 24)

Může se projevit jako neuroendokrinní dysfunkce. Ta je popisována u 25 - 60 % dospělých po úrazech mozku. U dětí jsou uváděna kazuistická sdělení o posttraumatickém hypopituitarismu. (1, 5, 9, 15, 23, 24)

1.10 Prevence

Prevence syndromu CAN je možná jako u každé jiné choroby. Je třeba uplatnit zásady primární, sekundární a terciární prevence. Součástí sekundární prevence je aktivní vyhledávání rizikových skupin, tedy dětí a rodin vyskytujících se v určitých situacích, či žijících v rizikovém prostředí. V případech terciární prevence násilí už proběhlo, je ale třeba zabránit opakování a následkům, které z události vyplývají. Prevence primární by měla být formulována a podpořena legislativou státu. Jedná o osvětu pro širokou veřejnost, poskytovanou prostřednictvím reklamních kampaní, edukací žáků ve školách a podobně. K dispozici je dále vyspělá síť nevládních organizací, které s konkrétními případy pomáhají. (1, 5, 15, 18, 23, 24)

1.10.1 Národní strategie prevence násilí na dětech na období 2008-2018

Jedná se o změnu postojů společnosti s cílem nulové tolerance násilí vůči dětem na základě veřejné kampaně. Zasazuje se o podporu primární prevence v širokém kontextu, tedy zanedbávání dětí, rozvody, závislost na alkoholu či droze, nedovolené držení zbraní, chudoba, nezaměstnanost a další faktory. (20)

Zásadním klíčem bude profesionalita odborníků a dostupnost služeb pro ohrožené děti. Pro sběr dat by mělo být vybudováno národní monitorovací středisko, které si dále klade za cíl identifikovat problémy a navrhnout řešení. (20)

Z hlavní cílů strategie je to především podporovat rozvoj rodičovských kompetencí, vytvářet ve školách a na pracovištích klima rovnocenného partnerství, zajistit dostupnou nabídku volnočasových, zájmových a sportovních aktivit, naplňovat speciální práva dětí umístěných do zařízení ústavní výchovy, usilovat o utváření bezpečných komunit, zprostředkovat porozumění právů dětí na ochranu před násilím v celé společnosti a koordinace multioborového přístupu. (20)

1.10.2 Světové trendy ochrany dětí

V evropských zemích působí skupiny na ochranu dětí v dětských nemocnicích. Tak je to ve Švýcarsku a v Rakousku. V Německu nejsou plošně, ale na mnohých místech pracují. Hlášení o podezření na týrání dětí či zanedbávání péče příslušným úřadům nebo zdravotní službě se stává rutinní. Instituce mohou nejen v rámci své povinné garance dohlížet, ale také nabídnout rodinám pomoc. Neprodlené odtržení dětí od rodiny a její kriminalizace je nezbytností. V mnoha zemích je stanoven sociální plán úřadu pro mládež a rodinu a provádějí se časté kontroly dětí. Ty pak pomáhají rodině plnit povinné podmínky plynoucí z dohodnuté úmluvy. (6, 23)

Počty týraných dětí v Německu podle oficiálních statistik zůstávají za poslední roky stejné i přes velké úsilí o prevenci. (6, 23)

Týrání dětí je ve vyspělých zemích více rozšířeno, nelze však soudit z oficiálních statistik, mnoho případů zůstává neodhaleno. Britští a američtí vědci v analýze prezentované v minulém roce upozorňují, že týráním je postiženo až 10 procent dětí. (6, 23)

Ve Spojených státech je tento problém diskutován delší dobu než u nás. Obecné zásady jejich právní normy pro vznik syndromu týraného dítěte jsou následující. Dítě je v určitém věkovém rozmezí, musí být prokazatelné zranění, zranění musí vyplývat z činnosti nebo nečinnosti rodičů nebo osoby, kterým je dítě svěřeno. (6, 23)

1.11 Legislativa

Týrání dětí je problémem, který si vyžádal vlastní zákonnou úpravu k řešení a možnosti stanovení sankcí. Týrané děti nejsou zpravidla schopny na jednání svých rodičů upozornit. Nemohou si přivolat pomoc. A to buď pro svůj útlý věk, nebo ze strachu z následků. Na rodičích jsou existenčně a často i citově závislí. Takové jednání považují většinou za normální, protože jiné nezažily. Je těžké pochopit, že týrané děti často své rodiče milují a všechnu vinu hledají u sebe. Pro děti je obtížné si připustit, že jejich rodiče je nemají rádi a že jsou jim lhostejné nebo dokonce na obtíž. Snesitelnější je představa, že rodiče se tak chovají proto, že ony jsou zlobivé a špatné. (6,

21)

To často zmate i státní orgány a se zdůvodněním, že dítě má k rodičům vřelý citový vztah, je pak věc odložena. Praxe však potvrzuje, že děti jsou schopny snášet neuvěřitelně těžké útrapy. Nedávají to výrazně najevo ani si na rodiče nestěžují. (6, 21)

1.11.1 Zákony a stanovy upravující týrání

Určování trestného činu v oblasti týrání se řídí následujícími legislativními nástroji.

1.11.1.1 Úmluva o právech dítěte

Základní práva dětí stanovuje mezinárodní Úmluva o právech dítěte. Ta byla přijata dne 20. 11. 1989 v New Yorku. U nás vstoupila v platnost dnem 6. 2. 1991. Je závazná a má vyšší právní sílu než vnitrostátní zákony. (6, 21)

Týrání dětí se týká článek 19 odst. 1. Z obecných ustanovení je to pak článek 3 odst. 1,2 a preambule. V preambuli se mimo jiné konstatuje, že je v zájmu rozvoje osobnosti vyrůstat v rodinném prostředí, v atmosféře štěstí, lásky a porozumění. (6, 21)

Článek 3 odst. 1,2 pak hovoří o zájmech dítěte. Ten by měl být hlavním hlediskem při jakékoli činnosti týkající se dětí. Státy, které jsou smluvními stranami úmluvy, se zavázaly zajistit dítěti ochranu a péči. (6, 21)

Ve článku 19 odst. 1 se dále státy zavázaly činit všechna potřebná zákonodárná, správní, sociální a výchovná opatření k ochraně dětí před veškerým násilím. (6, 21)

1.11.1.2 Trestní zákoník

Za týrání ve smyslu trestního zákoníku se považuje zlé nakládání se svěřenou osobou, vyznačující se vyšším stupněm hrubosti a bezcitnosti a určitou trvalostí, které postižená osoba pro jeho krutost, bezohlednost nebo bolestivost pociťuje jako těžké přikročí. Skutečnost, že například batole pociťuje jednání pachatele jako těžké přikročí, lze vyvodit například z jeho nářku a dalších reakcí.

V praxi se nejčastěji vyskytuje týrání fyzické, spojené prakticky vždy s týráním psychickým. Vždy alespoň ve smyslu obav z dalšího týrání. Není vyloučeno ani týrání pouze psychické, tedy například zavírání do temné místnosti, deptání dítěte výhrůzkami, nadávkami, vzbuzováním strachu, výsměchem a další.

S účinností od 1. 1. 1994 platí ohledně trestného činu týrání svěřené osoby oznamovací povinnost, jakož i povinnost překazit jeho páčání. To lze učinit i včasným oznámením. Ten, kdo tuto povinnost nesplní, se sám dopouští trestného činu. Trestní sazba je odnětí svobody až na tři roky. Oznámení je nutno učinit orgánům činným v trestním řízení, tedy policii nebo státnímu zastupitelství. Oznamovatel je povinen pravdivě sdělit skutečnosti, které týrání dítěte nasvědčují. Neodpovídá za to, zda se spáchání činu podaří prokázat. (4, 6, 21)

U trestného činu pohlavního zneužívání také platí povinnost překazit jeho páčání a oznamovací povinnost. Oznámení je možné provést i anonymně. Zároveň je nutno informovat i orgán sociálně-právní ochrany dětí. Je možné se obrátit i na některou neziskovou organizaci. (4, 6, 21)

Trestní zákoník v § 198 řeší týrání svěřené osoby. Stanovuje, že kdo týrá osobu, která je v jeho péči nebo výchově, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let. Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin zvlášť surovým nebo trýznivým způsobem, způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví, nebo páčá-li takový čin po delší dobu. (4, 6, 21)

1.11.1.3 Zákon o přestupcích

Sankce hrozí tomu, kdo ponechá nezletilé dítě bez dozoru přiměřeného jeho věku, rozumové vyspělosti nebo zdravotnímu stavu, tím je vystaví nebezpečí vážné újmy na zdraví. Jedná se o pokutu až do výše 10 000 Kč. V případě toho, že dítě způsobí újmu na zdraví jiné osobě nebo škodu na cizím majetku hrozí mu pokuta až do 20 000 Kč. (6, 21)

Stejná sankce hrozí i člověku, který zneužívá nezletilé dítě k fyzickým pracím nepřiměřeným jeho věku a stupni jeho tělesného a rozumového vývoje. (6, 21)

1.11.1.4 Zákon o sociálně-právní ochraně dětí

Zákon o sociálně-právní ochraně dětí stanovuje orgány sociálně-právní ochrany dětí. Jedná se o krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, obecní úřady, ministerstvo práce a sociálních věcí, Úřad pro mezinárodněprávní ochranu, obce v samostatné působnosti, kraje v samostatné působnosti, komise pro sociálně-právní ochranu dětí a pověřené právnické a fyzické osoby. (6, 21)

Dále zahrnuje právo dítěte na pomoc při ochraně života a svých práv. Dítě má právo požádat o pomoc i bez vědomí rodičů nebo jiných osob odpovědných za jeho výchovu. Zahrnuje právo na vyjádření dítěte při projednávání všech záležitostí jeho se týkajících. Při čemž se věnuje náležitá pozornost odpovídající jeho věku a rozumové vyspělosti. Vymezuje povinnost zdravotnického zařízení neprodleně oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, že matka po narození dítě opustila a zanechala je ve zdravotnickém zařízení. (6, 21)

1.11.1.5 Zákon o rodině

Zákon o rodině stanovuje rodičovskou zodpovědnost. Jedná se o souhrn práv a povinností při péči o osobu dítěte, při zastupování nezletilého dítěte a při správě jeho jmění. (6, 21)

Definuje, že rodiče jsou povinni důsledně chránit zájmy dítěte, řídit jeho jednání a vykonávat nad ním dohled odpovídající stupni jeho vývoje. Mají právo užít přiměřených výchovných prostředků tak, aby nebyla dotčena důstojnost dítěte a jakkoli ohroženo jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj. (6, 21)

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíle praktické části práce

Pomocí dotazníku zjistit znalosti sester pediatrických jednotek intenzivní a resuscitační péče o problematice týrání dětí. Zjistit, zda jsou schopny s takto postiženými dětmi komunikovat. Zjistit, zda se setkávají a jsou nuceny řešit podezření na týrání na svých pracovištích a zda ví, jak takovou situaci řešit.

2.1.1 Výzkumné otázky

Jaké jsou znalosti sester o týrání dětí? Mají dostatečné informace? Ví sestry, jak komunikovat s týraným dítětem? Budou sestry správně jednat při podezření na týrání dítěte? Setkávají se sestry se systémovým týráním dětí hospitalizovaných na jednotkách intenzivní a resuscitační péče?

2.1.2 Cíle výzkumu

Výzkum si klade za cíl upozornit na všeobecnou neinformovanost o problematice týrání dětí a o způsobech řešení situací spojených s týráním dětí v prostředí intenzivní péče.

2.2 Dílčí cíle

- Zjistit znalosti sester pediatrických jednotek intenzivní a resuscitační péče o problematice týrání dětí.
- Zjistit, zda se sestry pediatrických jednotek intenzivní a resuscitační péče setkávají při své práci s podezřením na týrání dětí.
- Zmapovat, zda mají sestry pediatrických jednotek intenzivní a resuscitační péče povědomí o tom, jak situaci týraného dítěte řešit.

2.3. Hypotézy

Hypotéza číslo 1:

Domnívám se, že více než 50 % sester pediatrických jednotek intenzivní péče odpoví chybně na vědomostní otázky o problematice týrání dětí v dotazníku péče o týrané dítě hospitalizované na jednotce intenzivní péče.

Tato hypotéza je v dotazníku šetřena pomocí otázek číslo – 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 14, 15, 21, 22.

Hypotéza číslo 2:

Předpokládám, že více než 30 % sester pediatrických jednotek intenzivní péče během své praxe řešilo podezření na týrání dítěte.

Tato hypotéza je prokazována otázkami číslo – 7, 8, 9, 16, 17, 18, 19, 23.

Hypotéza číslo 3:

Domnívám se, že více než 80 % sester pediatrických jednotek intenzivní péče bude v případě podezření na týrání dítěte konzultovat situaci se svou nejbližší kolegyní.

Tato hypotéza je prokazována v dotazníku za pomoci otázek číslo – 10, 11.

Hypotéza číslo 4:

Domnívám se, že více než 50 % sester pediatrických jednotek intenzivní péče úmyslně omezuje komunikaci s klientem postiženým týráním.

Tato hypotéza je prokazována otázkou číslo 10, 12.

Hypotéza číslo 5:

Předpokládám, že více než 60 % sester pediatrických jednotek intenzivní péče se ve své praxi setkalo se systémovým týráním.

Tato hypotéza je v dotazníku šetřena pomocí otázky číslo 19, 20.

2.4. Metodika výzkumu

Pro výzkum bylo použito dotazníkové šetření. Jedná se o aplikovaný výzkum. Při tomto kvantitativním výzkumu bylo využito metody dotazníku a k analýze dat statistických postupů. Dotazník je anonymní.

V dotazníku byly použity otázky uzavřené, otevřené, polouzavřené a filtrační. Uzavřené otázky se v dotazníku uplatnily u čísel – 3, 4, 7, 9, 15, 16, 17, 18, 20, 21, otevřené u čísla – 6, 10, polouzavřené u čísel – 5, 8, 11, 12, 13, 14, 19, 22, filtrační

u čísel – 1, 2. Dotazník je součástí přílohy číslo 1 a 2. Příklad jednoho vyplněného dotazníku se nachází v příloze číslo 3 a 4. Byl proveden pilotní výzkum na vzorku 5 respondentů. Pilotní výzkum prokázal, že otázky jsou pro respondenty pochopitelné. Po vyhodnocení došlo k úpravě formulace v otázce číslo 6.

2.5 Charakteristika a technika výběru respondentů

Cílovou skupinou výzkumu jsou sestry pracující na pediatrických jednotkách intenzivní a resuscitační péče.

Dotazníky byly rozdány na pediatrické jednotky intenzivní a resuscitační péče a lůžka jednotek intenzivní péče dětské chirurgie v regionu Praha – Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou, Fakultní nemocnice v Motole, a Plzeňský kraj – Fakultní nemocnice Plzeň. Výzkum byl uskutečněn v době od února do března roku 2011.

Dotazníky byly vyplňovány sestrami jednotek intenzivní péče, které se střídaly ve službách na odděleních.

Osloveny s žádostí o umístění dotazníků byly všechny nemocnice v regionu Praha, Plzeň a střední Čechy, které mají pediatrické jednotky intenzivní péče. Výzkum byl proveden ve všech nemocnicích, které žádosti vyhověly.

2.6 Způsob distribuce dotazníků

Dle požadavků nemocnic byly dotazníky předávány staničním sestram na příslušná oddělení po osobním pohovoru s vrchními sestrami klinik. K vyplnění byl ponechán čas, dle domluvy se staničními sestrami. Jednalo se obvykle o 1 měsíc. Po vyplnění byly dotazníky staniční sestrou předávány zpět, za osobního vyzvednutí.

2.7 Zpracování údajů

Ke zpracování údajů bylo využito statistické procedury, která umožňuje zkoumání hromadných jevů. Jedná se o výběrové šetření. K analýze se využívá

aritmetického průměru, který umožňuje srovnávání jednotlivých skupin odpovědí respondentů. K publikaci je užito grafů.

Možnosti odpovědí – označení pro možné odpovědi respondentů v dotazníku. Možnosti předdefinované.

Odpovědi – označení pro odpovědi respondentů, které bylo nutno vypsát v dotazníku.

N – počet respondentů, kteří zodpovídali uvedenou otázku.

% - znak pro procentuální vyjádření počtu odpovědí na danou možnost odpovědi, nebo počet odpovědí, které bylo nutno v dotazníku vypsát.

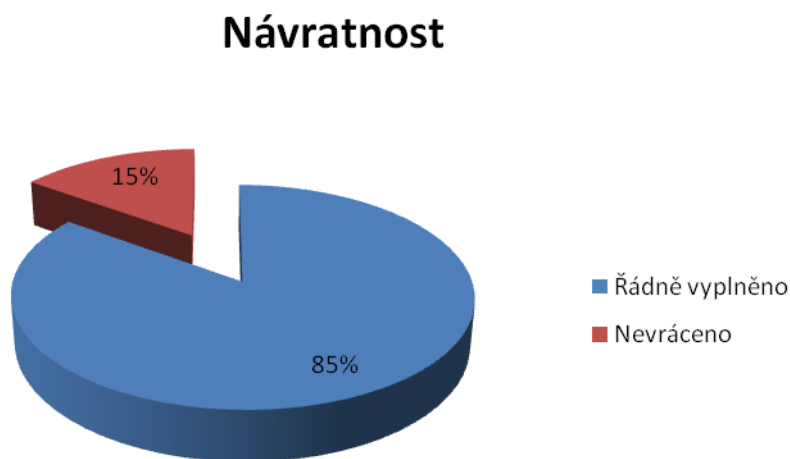
2.8 Prezentace získaných údajů

Následuje prezentace výsledků šetření získané součtem odpovědí jednotlivých respondentů.

2.8.1 Návratnost dotazníkového šetření

Graf 1: Návratnost dotazníkového šetření

N = 160.



Rozdáno bylo celkem 160 dotazníků. Řádně odevzdaných zpět a vyplněných bylo 136. Jedná se o návratnost v hodnotě 85 %. Nevraceno, či vráceno nevyplněných bylo 15 % dotazníků.

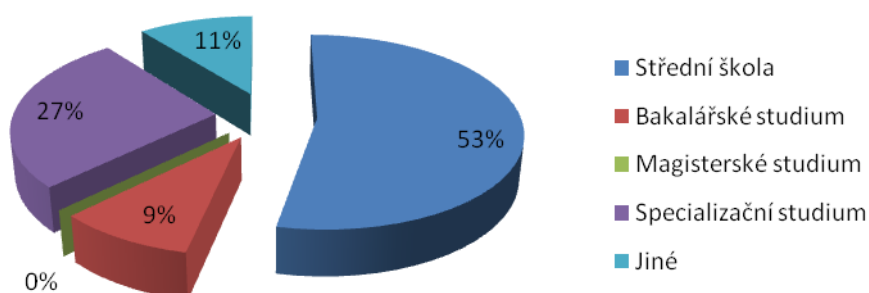
2.8.2 Identifikační údaje

Otázka číslo 1: Nejvyšší dosažené zdravotnické vzdělání.

Graf 2: Nejvyšší dosažené zdravotnické vzdělání

N = 136

Nejvyšší dosažené zdravotnické vzdělání



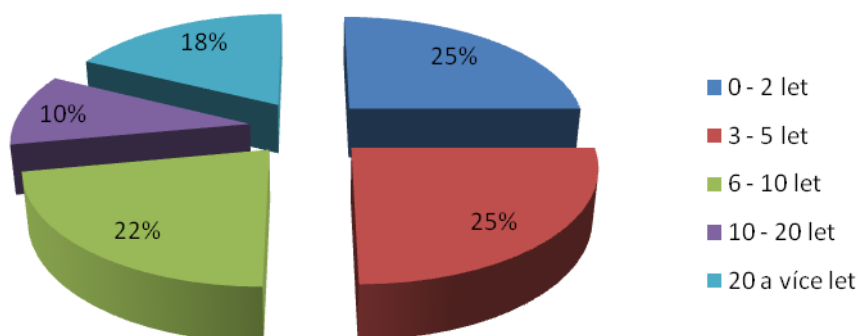
80 % respondentů označilo možnost středoškolského vzdělání. Celkem 14 respondentů absolvovalo bakalářské studium, jedná se o 9 %. Ani jeden z dotazovaných není absolventem magisterského studia. Specializační studium absolvovalo 40 oslovených – 27 % z celkového počtu. Odpověď „Jiné“ zvolilo 11 % dotázaných, tedy 16 respondentů. K odpovědi „Jiné“ bylo požadováno vypsání studia. Ve všech 16 případech se jednalo o studium na vyšší odborné škole. Nikdo z dotázaných neuvedl možnost „Magisterské studium“.

Otázka číslo 2: Počet let praxe v oboru pediatrie.

Graf 3: Počet let praxe v oboru pediatrie

N = 136

Počet let praxe v oboru pediatrie



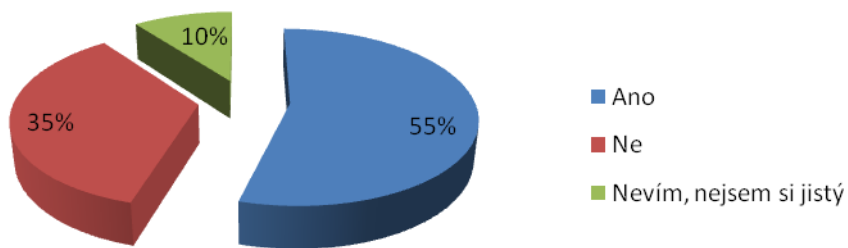
Respondent měl za úkol vypsát konkrétní počet let praxe. Celkem 25 % respondentů, tedy 34 osob, má praxi v oboru pediatrie v rozmezí 0 – 2 roky, stejný počet respondentů, tedy opět 25 % absolvovalo praxi po dobu 3 až 5 let. Třicet respondentů, tedy 22 %, pracuje v pediatrii po dobu 6 až 10 let. V rozmezí 10 až dvacet let absolvovalo praxi v pediatrii celkem 14 dotázaných, tedy 10 %. Celkem 18 % respondentů má praxi delší než 20 let. Jedná se o 24 osob.

2.8.3 Vlastní dotazník

Otázka číslo 3: Setkal/a jste se s tématem týrání dětí v rámci kvalifikačního studia pro výkon povolání?

Graf 4: Setkání s tématem týrání dětí v rámci kvalifikačního studia pro výkon povolání
N = 136

**Setkal/a jste se někdy s tématem
týrání dětí v rámci kvalifikačního
studia pro výkon povolání?**



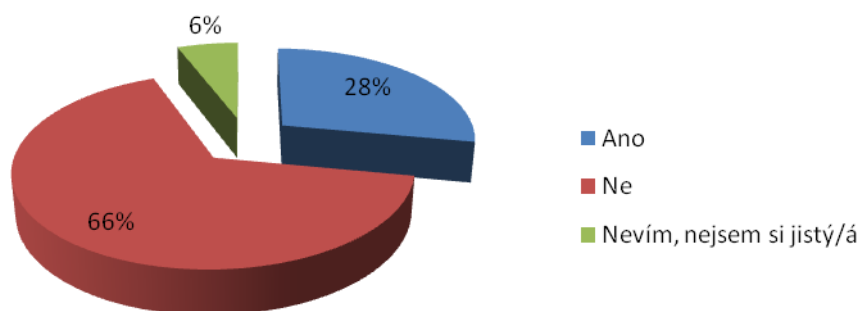
74 dotázaných odpovědělo „ano“, to představuje 55 % celkového počtu dotázaných. Celkem 35 %, tedy 48 dotázaných odpovědělo „Ne“ a 14 lidí – 10 % dotázaných využilo možnost „Nevím, nejsem si jistý“.

Otázka číslo 4: Účastnil/a jste se někdy semináře na téma týrání dětí?

Graf 5: Účast na semináři na téma týrání dětí

N = 136

Účastnil/a jste se někdy semináře na téma týrání dětí?



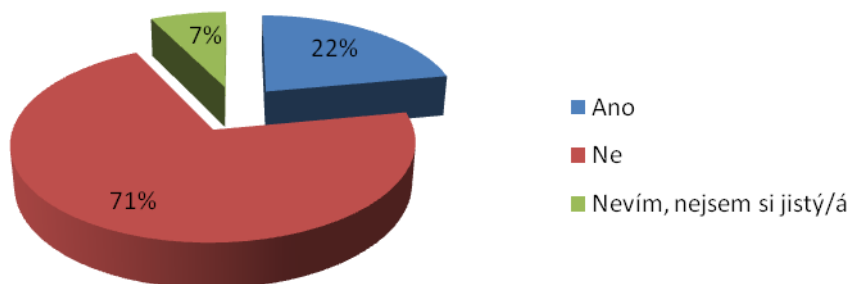
Souhlasně odpovědělo 38, tedy 28 % všech dotázaných. Možnost odpovědi: „Nevím, nejsem si jistý/á.“ využilo 8 (6 %) dotázaných. Celkem 90 respondentů, tedy 66 % odpovědělo „ne“.

Otázka číslo 5: Vyhledal/a jste někdy sám/sama literaturu na téma týrání dětí?

Graf 6: Vyhledávání literatury na téma týrání dětí

N = 136

Vyhledal/a jste někdy sám/sama literaturu na téma týrání dětí?

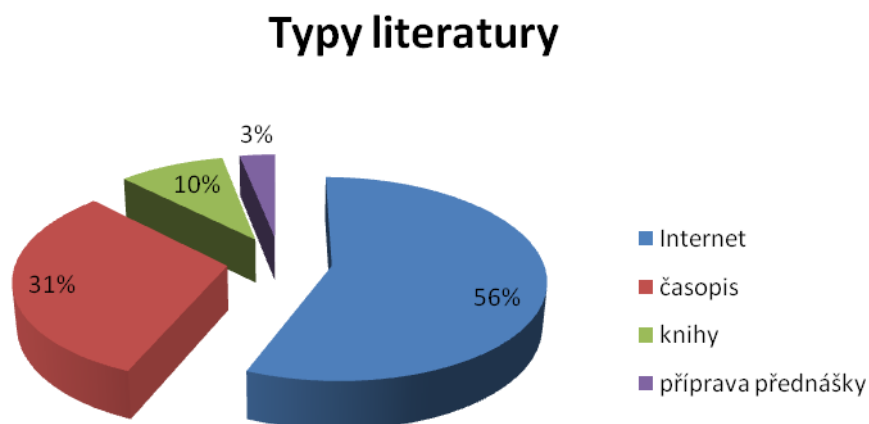


Na otázku odpovědělo 30 dotázaných „ano“, to představuje 22 % celkového počtu dotázaných. Celkem 71 %, tedy 96 dotázaných odpovědělo „Ne“ a 10 osob – 7 % dotázaných využilo možnost „Nevím, nejsem si jistý“.

Otázka číslo 5a: Pokud ano, jakou?

Graf 7: Typy literatury

N = 30



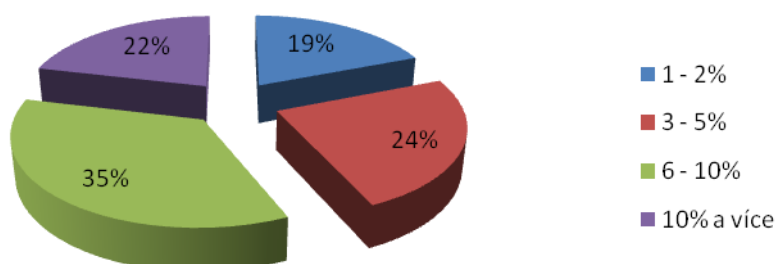
Tato otázku měla souvislost s předchozí otázkou. Respondenti, kteří označili v předcházející otázce možnost ano (30 dotazovaných), měli napsat, jakou konkrétní literaturu na téma týrané dítě vyhledali. Procenta byla počítána z počtu respondentů odpovídajících „Ano“. Celkem 56 % (18) oslovených využilo jako zdroj informací internet. V časopise se o tématu dočetlo 10 osob, tedy 31 %. Knihy pak vyhledalo pouze 10 % dotázaných, jedná se o 3 osoby. Jeden dotázaný připravoval na dané téma přednášku. Pokud se oslovení zmínili o konkrétním zdroji, bylo to u časopisů, tři respondenti uvádějí konkrétně časopis Sestra a jeden časopis Florence.

Otázka číslo 6: Kolik procent dětské populace je podle Vašeho názoru v České republice ročně obětí týrání?

Graf 8: Počet procent dětské populace, které je v České republice ročně obětí týrání

N = 136

Kolik procent dětské populace je podle Vašeho názoru v České republice ročně obětí týrání?



Tato otázka byla otevřená a měla za cíl zjistit, zda mají respondenti rámcovou představu o počtu postižených dětí. V České republice některou formu násilí zažívá přibližně 1–2 % dětské populace do 15 let věku. (13, 21)

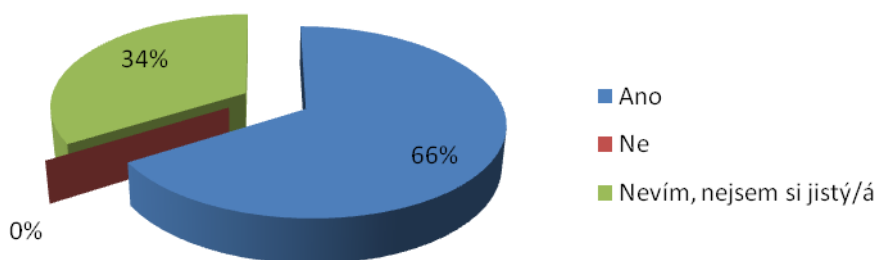
Převažovali odpovědi v rozmezí 6 – 10 %, tedy u 48 respondentů (35 %). Celkem 33 (24 %) dotazovaných uvedlo hodnoty v rozmezí 3 – 5 %. Hodnoty v rozmezí od 0,5 do 2 % vypsalo 26 osob (19 %). Hodnoty vyšší než 20 % uvedlo 29 osob, tedy 22 % dotázaných.

Otázka číslo 7: Myslíte si, že poznáte projevy týrání na dítěti?

Graf 9: Rozpoznání projevů týrání na dítěti

N = 136

**Myslíte si, že poznáte projevy týrání
na dítěti?**



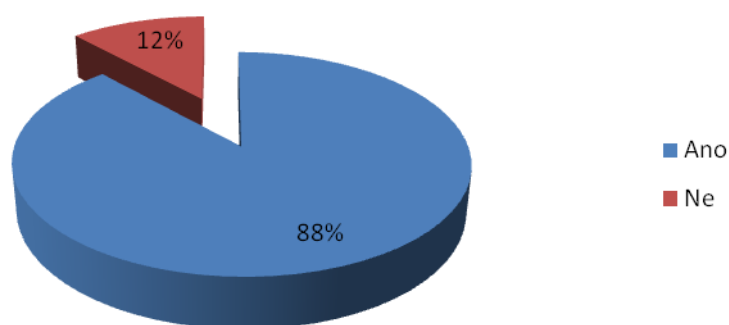
Nejčastější odpověď - „ano“, zvolilo 90 dotázaných, tedy 66 %. „Ne“ odpovědělo 0 dotázaných. Celkem 46 respondentů, tedy 34 %, neví, či si není jistých.

Otázka číslo 8: Setkal/a jste se někdy s týraným dítětem na svém pracovišti?

Graf 10: Setkání s týraným dítětem na pracovišti

N = 136

**Setkal/a jste se někdy s týraným
dítětem na svém pracovišti?**

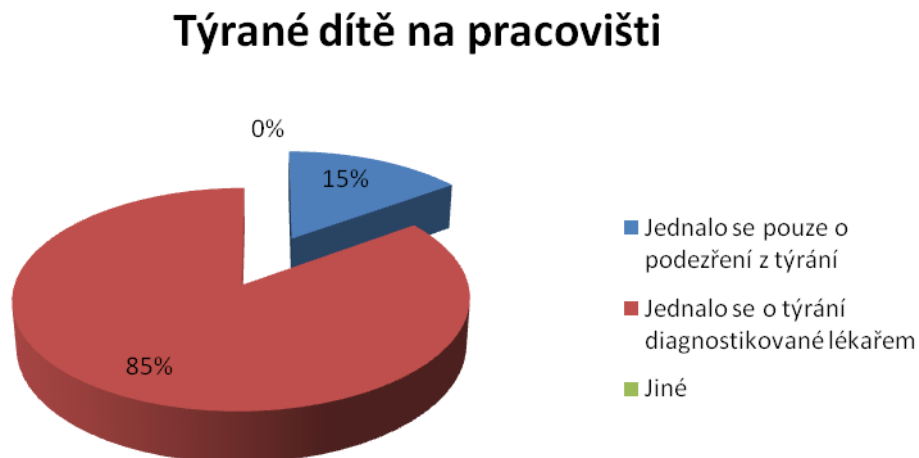


Na otázku odpovědělo 120 (88 %) respondentů „Ano“. Celkem 16 dotázaných, tedy 12 % se domnívá, že se s týraným dítětem na svém pracovišti doposud nesetkalo.

Otázka číslo 8a: Pokud Ano.

Graf 11: Týrané dítě na pracovišti

N = 120



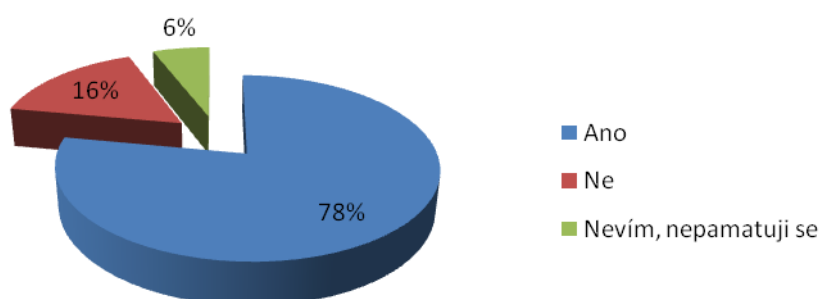
Celkem 18 oslovených, tedy 15 %, se setkala s dítětem, u kterého vzniklo podezření na týrání. Celkem 102 respondentů, tedy 85 %, bylo u případu lékařem prokázaného týrání dítěte.

Otázka číslo 9: Měl/a jste někdy podezření, že dítě hospitalizované na Vašem pracovišti je obětí týrání?

Graf 12: Podezření, že dítě hospitalizované na pracovišti je obětí týrání

N = 136

Měl/a jste někdy podezření, že dítě hospitalizované na Vašem pracovišti je obětí týrání?



Celkem 106 respondentů, tedy 78 %, odpovědělo na otázku souhlasně. „Ne“ označilo 22 dotazovaných (16 %). Možnosti „Nevím, nepamatuji se.“ využilo 8 (6 %) respondentů.

Otázka číslo 10: Jak budete jednat v případě podezření, že dítě hospitalizované na Vašem pracovišti je obětí týrání?“

Graf 13: Jednání v případě podezření, že dítě hospitalizované na pracovišti je obětí týrání
N = 136

Jak budete jednat v případě podezření, že dítě hospitalizované na Vašem pracovišti je obětí týrání?



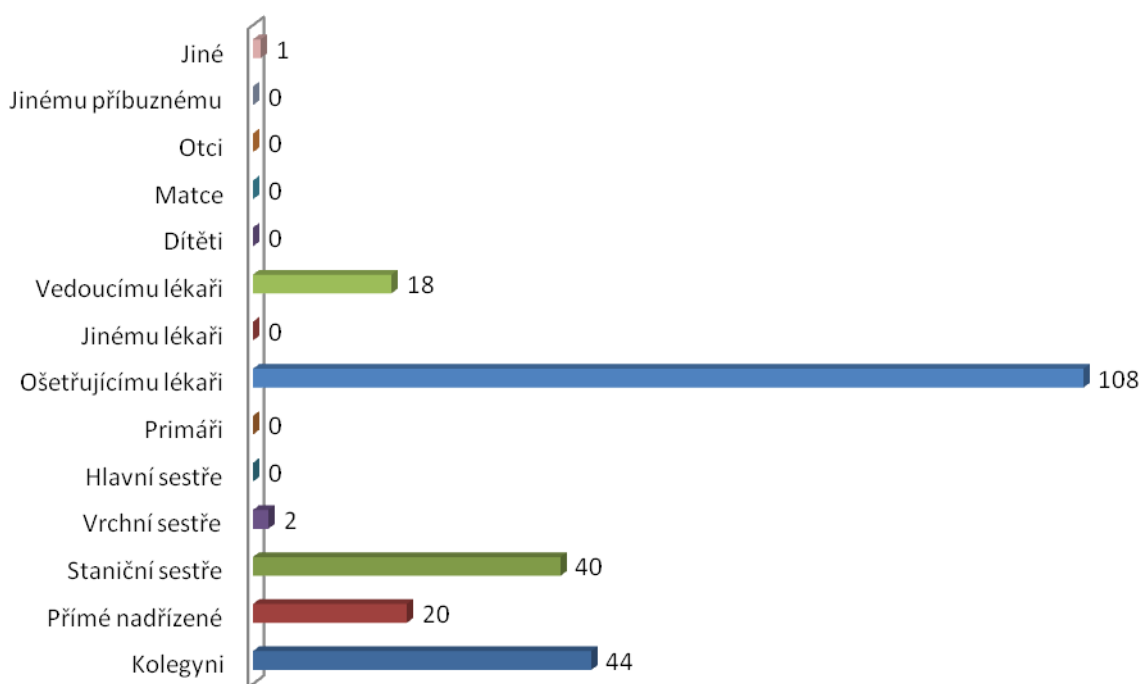
Jednalo se o otázku otevřenou. Respondenti na ni měli reagovat vypsáním základních bodů algoritmů svého jednání. Škála odpovědí obsahovala základní jednoduché informace, ze kterých bylo možné vytvořit přehlednou tabulku. V naprosté většině se objevovaly odpovědi ve smyslu informovat o situaci nadřízené. Nejčastěji sestry informují lékaře, a to v 57 %, jedná se o 77 respondentů. Celkem 19 %, tedy 26 osob, informuje lékaře i vedoucí sestru. Celkem 7 %, tedy 10, informuje sociální pracovníci a policii České republiky. Taktéž 10 osob – 7 %, informuje pouze sociální pracovníci. Celkem 3 respondenti uvádějí pořízení fotodokumentace, jedná se o 2 %. Celkem 2 respondenti uvádějí jako postup uvědomění nadřízeného. Dva respondenti pak uvádějí, že existuje ohlašovací povinnost. Celkem dva dotázaní zmiňují důležitost komunikace s pacientem. Celkem dva respondenti nechávají veškeré řešení na lékaři, jeden dotázaný pak uvádí, že jako všeobecná sestra nemá kvalifikaci pro řešení dané situace. Jeden dotázaný komplexně uvádí: „Zajistím svědky, ohlásím, zabráním konfrontačnímu pohovoru, provedu cílené vyšetření.“

Otázka číslo 11: Komu z vyjmenovaných byste v případě podezření nejdříve oznámil/a své podezření?

Graf 14: Oznámení podezření

N = 136

Komu z vyjmenovaných byste v případě podezření nejdříve oznámil/a své podezření?

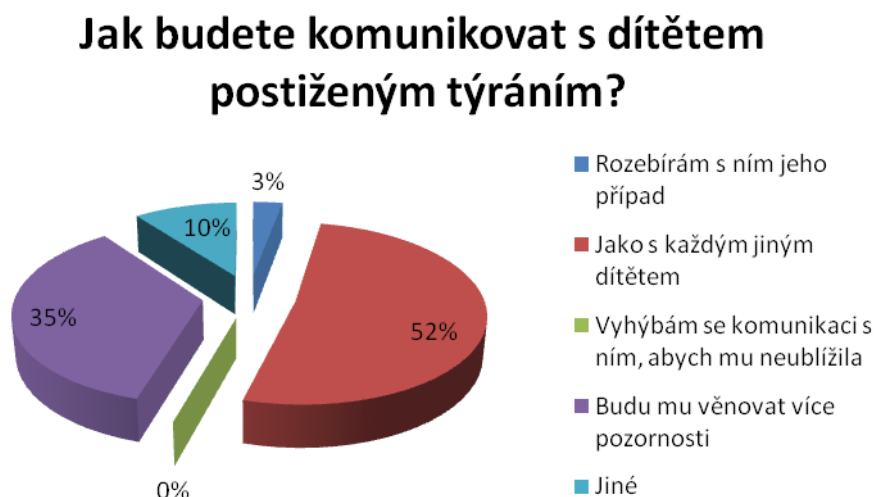


U této otázky vybralo velké množství dotazovaných více odpovědí. Procenta jsou stanovena z celkového počtu odpovědí. Nejvíce, 108 (46 %), respondentů odpovědělo: „Ošetřujícímu lékaři“. Celkem 44, tedy 19 %, pak oznámí podezření kolegyni. Celkem 40, tedy 17 %, vybralo staniční sestru. Celkem 20, tedy 9 %, by věc oznámilo přímé nadřízené. Celkem 18x byla vybrána varianta oznámení vedoucímu lékaři. Odpověď „vrchní sestra“ byla vybrána dvakrát. Pouze jeden oslovený využil možnosti vyplnit „Jiné“. Jeho odpověď zněla: „Sociální pracovníci.“

Otázka číslo 12: Jak budete komunikovat s dítětem postiženým týráním?

Graf 15: Komunikace s dítětem postiženým týráním

N = 136



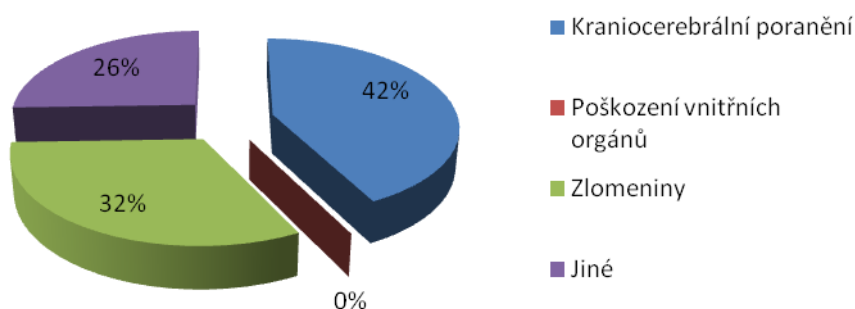
Většina, 70 (52 %) dotazovaných se snaží mít přístup stejný jako k ostatním pacientům. Více pozornosti mu pak bude věnovat 48 respondentů (35 %). Rozebírat jeho případ s ním hodlají 3 % dotazovaných – 4 osoby. Nikdo z dotazovaných nevybral možnost vyhýbání se komunikaci s dítětem. Možnosti „Jiné“ využilo 14 (10 %) respondentů. Nejčastěji – v 9 případech uváděli respondenti, že budou jisté odlišnosti a to stran věku, popřípadě zdravotního stavu. Pak po jednom uvádějí respondenti tyto prostředky komunikace: empatická komunikace, získávání důvěry, naslouchání, ostražitá komunikace a opatrná komunikace.

Otázka číslo 13: Jaké je podle Vás nejčastější tělesné poškození u týraných dětí?

Graf 16: Nejčastější tělesné poškození u týraných dětí

N = 200

Jaké je podle Vás nejčastější tělesné poškození u týraných dětí?



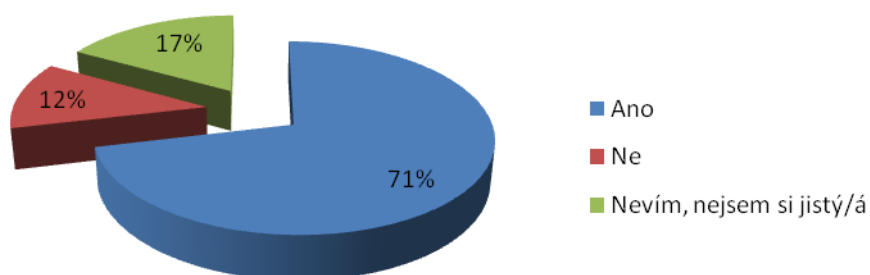
Nejčastější odpověď na otázku byla „Kraniocerebrální poranění“. Tuto odpověď vybralo 85 (42 %) respondentů. I přes to, že otázka pátrala po nejčastějším způsobu poranění, dotázaní se snažili označit a vypsát co nejvíce možností. Zlomeniny jsou nejčastější podle 64 respondentů (32 %). Poškození vnitřních orgánů neoznačil nikdo. Celkem 51 (26 %) dotázaných vybralo možnost jiné. Zde se objevují nejčastěji hematomy, popáleniny a podlitiny. Dále se pak po jedné odpovědi vyskytují pohmožděniny, dále pak odpověď: „Je to různé.“ a „Záleží na věku.“

Otázka číslo 14: Domníváte se, že některé typy dětí jsou týráním ohroženy více než jiné?

Graf 17: Typy dětí týráním ohrožené více než jiné

N = 136

**Domníváte se, že některé typy dětí
jsou týráním ohroženy více než jiné?**

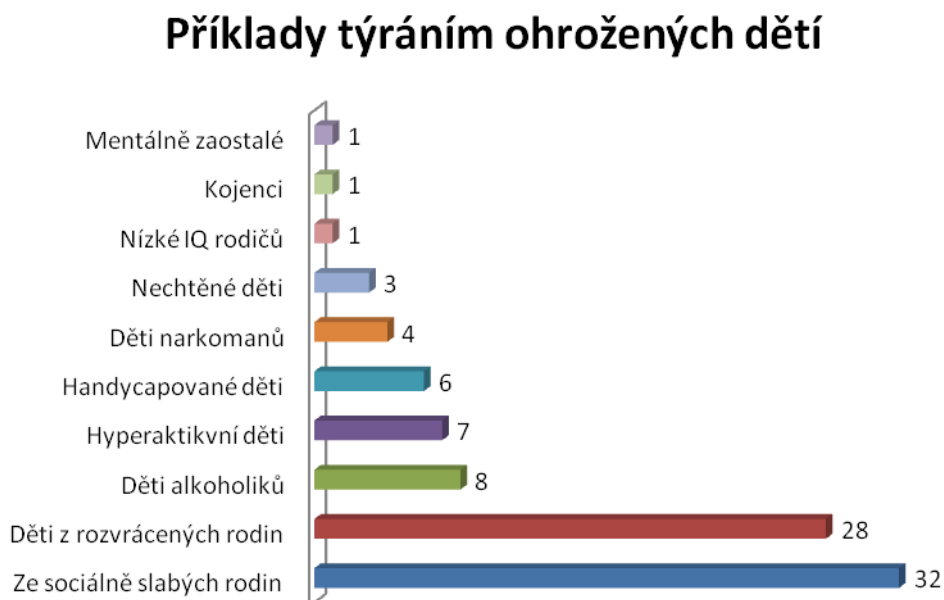


Na otázku odpovědělo 97 (71 %) dotazovaných „ano“. Odpověď „Ne“ zvolilo 16 dotazovaných, tedy 12 %. Celkem 23 dotazovaných (17 %) neví, nebo si nejsou jisti.

Otázka číslo 14a: Pokud ano, uveďte příklad.

Graf 18: Příklady týráním ohrožených dětí

N = 97



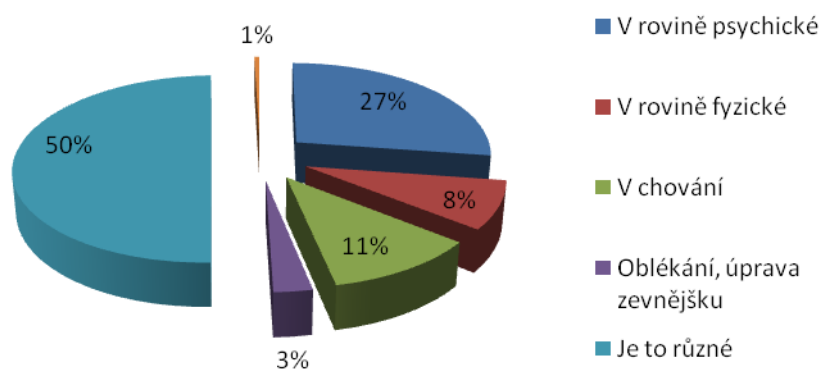
U otázky měli dotazovaní vypsát konkrétní případy. Procenta jsou stanovena z celkového počtu odpovědí pro tuto část otázky. Objevuje se zpravidla více odpovědí u jednoho dotazovaného. Převažuje názor, že typy dětí ohrožené týráním pocházejí především ze sociálně slabých rodin. Tato odpověď se vyskytla 32x, tedy ve 35 % všech odpovědí. Celkem 28 (31 %) dotazovaných napsalo „děti z rozvrácených rodin“, 8 dotazovaných zmiňuje děti alkoholiků, v sedmi případech se setkáme s odpovědí „hyperaktivní děti“. Celkem 6 dotazovaných uvádí handycapované děti, následují ve čtyřech případech děti narkomanů. Celkem 3 respondenti uvádějí nechtěné děti. Po jedné odpovědi bylo v dotaznících možné objevit jako odpověď: „děti rodičů s nízkým IQ“, „nechtěné děti“ a „kojenci“.

Otázka číslo 15: Jak se týrání na dítěti projevuje?“

Graf 19 Otázka č. 15: Projevy týrání na dítěti

N = 136

Jak se týrání na dítěti projevuje?



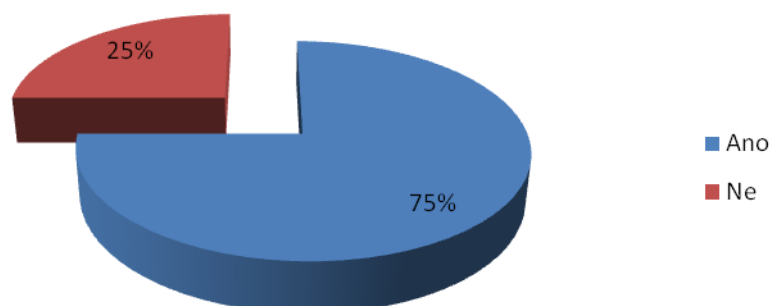
U otázky dotazování velmi využívali možnosti označit více odpovědí. Nejvíce z respondentů 108 (50 %) uvedlo „Je to různé“. Možnost „v rovině psychické“ zvolilo 59, tedy 27 % respondentů. Celkem u 24 dotázaných – 11 %, bylo uvedeno, že se projevuje týrání v chování dítěte. Celkem 18, tedy 8 %, zvolilo možnost „v rovině fyzické“. U 6 dotazovaných, tedy v 3 %, se objevila možnost „oblékání a úprava zevnějšku“. Nejčastěji se vyskytovaly kombinace odpovědí.

Otázka číslo 16: Považujete za formu týrání i zanedbávání dítěte?

Graf 20: Zanedbávání dítěte

N = 136

**Považujete za formu týrání i
zanedbávání dítěte?**



Na otázku odpovědělo 102 (75 %) dotazovaných „ano“. Celá $\frac{1}{4}$ dotazovaných, tedy 34 respondentů, zanedbávání vůbec za formu týrání nepovažuje.

Otázka číslo 17: Setkal/a jste se ve své praxi s dítětem, které se nepravdivě označilo za oběť týrání?

Graf 21 Otázka č. 17: Dítě, které se nepravdivě označilo za oběť týrání

N = 136



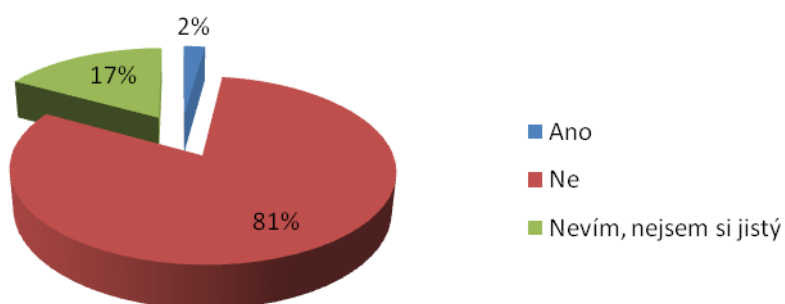
Celkem 6 respondentů, tedy 4 %, odpovědělo na otázku „Ano“. „Ne“ označilo 98 dotazovaných (72 %). Možnosti „nevím, nejsem si jistý“ využilo 32 (24 %) respondentů.

Otázka číslo 18: Setkal Setkal/a jste se ve své praxi se situací, kdy stížností dítěte na týrání nebyla věnována pozornost?

Graf 22: Nevěnování pozornosti stížností dítěte

N = 136

Setkal/a jste se ve své praxi se situací, kdy stížností dítěte na týrání nebyla věnována pozornost?



3 respondenti, tedy 2 %, odpověděli na otázku „Ano“. „Ne“ označilo 110 dotazovaných (81 %). Možnosti „nevím, nejsem si jistý“ vyplnilo 23 (17 %) respondentů.

Otázka číslo 18a: Pokud Ano, jednalo se podle Vás o oprávněné jednání?

Graf 23: Oprávněnost jednání

N = 3



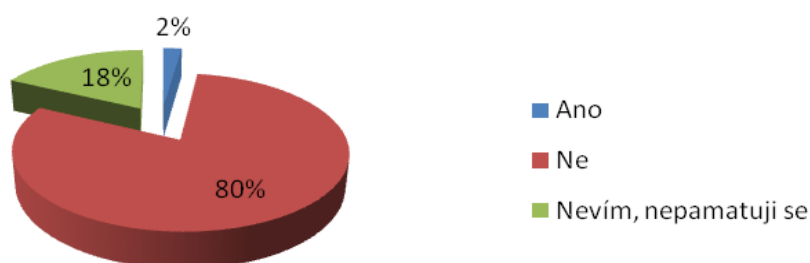
Na otázku odpovídal pouze ten, kdo v předchozí otázce zodpověděl „Ano“, tedy 3 respondenti. Procenta byla počítána z počtu respondentů, kteří odpověděli souhlasně v otázce 18. Možnost „ano“ neoznačil ani jeden dotázaný. Dva respondenti vyplnili „Ne“ a jeden respondent neví, nebo si nepamatuje.

Otázka číslo 19: Setkal/a jste se ve své praxi s případem, kdy bylo dítě obviněno, že situaci označenou jako týrání svým chováním způsobilo samo?

Graf 24: Obvinění dítěte, že situaci označenou jako týrání svým chováním způsobilo samo

N = 136

Setkal/a jste se ve své praxi s případem, kdy bylo dítě obviněno, že situaci označenou jako týrání svým chováním způsobilo samo?



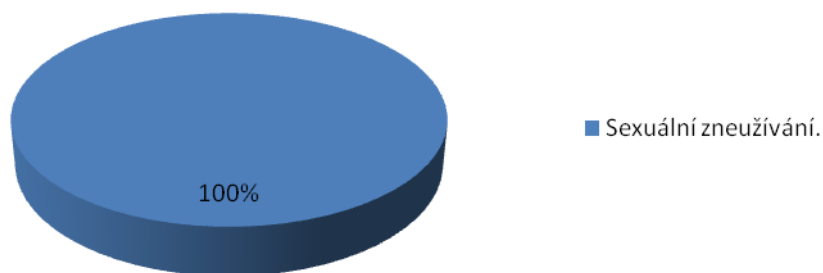
Souhlasně u dotazu odpověděli 3, tedy 2 % všech dotázaných. Možnost odpovědi: „Nevím, nepamatuji se“ využilo 24 (18 %) dotázaných. Celkem 109 respondentů, tedy 80 % odpovědělo „ne“.

Otázka číslo 19a: Pokud Ano, o jakou formu týrání se jednalo?

Graf 25: Forma týrání

N = 3

**Forma týrání, kde dítě bylo obviněno,
že situaci chováním zapříčinilo**



Na otázku odpovídal jen ten, kdo v otázce 19 vybral možnost „Ano“, tedy 3 osoby. Všechny zmínily jako formu týrání, které měli možnost ve své praxi vidět a u kterého se vyskytl fenomén obvinění dítěte, že situaci způsobilo svým chováním samo.

Otázka číslo 20: Jednou z forem tzv. systémového týrání jsou i opakovaná nadbytečná lékařská vyšetření u dětí. Byl/a jste někdy svědkem takového jednání?

Graf 26: Opakovaná nadbytečná lékařská vyšetření u dětí

N = 136



Na otázku odpovědělo ze 136 dotázaných 16 „ano“, to představuje 12 % z celkového počtu dotázaných. Celkem 62 %, tedy 85 dotázaných, odpovědělo „Ne“ a 35 lidí – 26 % dotázaných využilo možnost „Nevím, nepamatuji se“.

Otázka číslo 20a: Pokud Ano, dělo se toto i u dalších dětských pacientů?

Graf 27: Nadbytečná vyšetření u dalších pacientů

N = 16



Na otázku odpovídal pouze ten, kdo v první otázku zodpověděl kladně, tedy 16 respondentů. Jeden z nich se setkal s nadbytečnými lékařskými vyšetřeními ve více případech. Dva dotázaní pak tvrdí, že se toto u dalších pacientů nedělo. Nejvíce, tedy 13 dotázaných (81 % odpovídajících v předchozí otázce „Ano“), pak neví, nebo si nepamatují.

Otázka číslo 21: Jaký trest hrozí člověku, který použije některou z forem týrání na dítěti?

Graf 28: Trest člověku, který použije některou z forem týrání na dítěti

N = 135



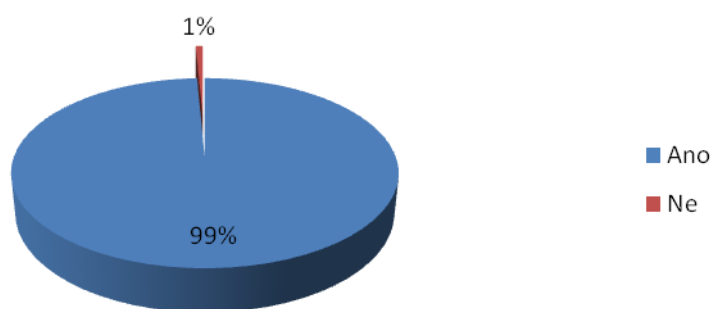
V otázce byla nejčastější odpověď „Odnětí svobody“, zvolilo ji 95 dotázaných, tedy 70 %. Celkem 39 (29 %) zvolilo „podmíněný trest“. Pokutu vybral 1 dotázaný, tedy zhruba 1 %. Nikdo z dotázaných neoznačil odpověď „žádný“. Jeden respondent tuto otázku nevyplnil.

Otázka číslo 22: Má zdravotnické zařízení při podezření na týrání povinnosti vyplývající ze zákona?

Graf 29: Povinnosti zdravotnického zařízení vyplývající ze zákona

N = 136

**Má zdravotnické zařízení při
podezření na týrání povinnosti
vyplývající ze zákona?**

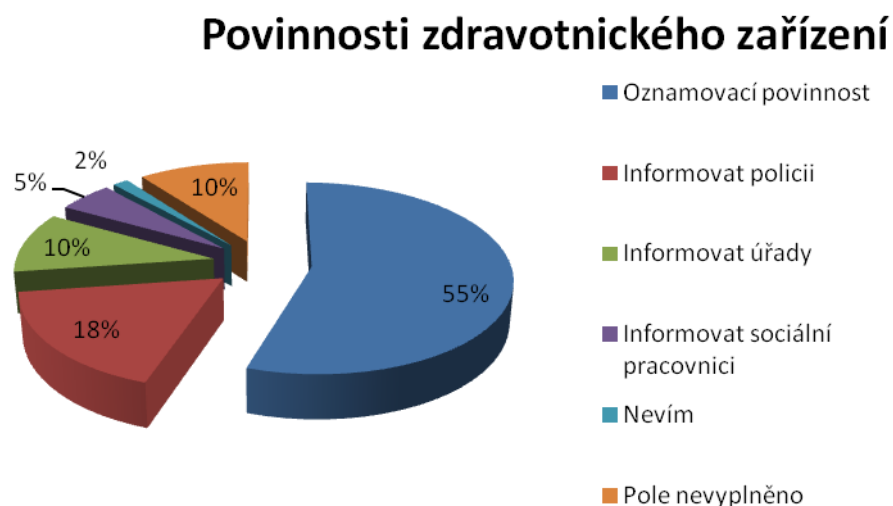


Na otázku odpovědělo ze 136 dotázaných 135 „ano“, to představuje zhruba 99 % celkového počtu dotázaných. Celkem jeden dotázaný uvedl „ne“.

Otázka číslo 22a: Pokud ano, jakou?

Graf 30: Definování povinností zdravotnického zařízení

N = 136



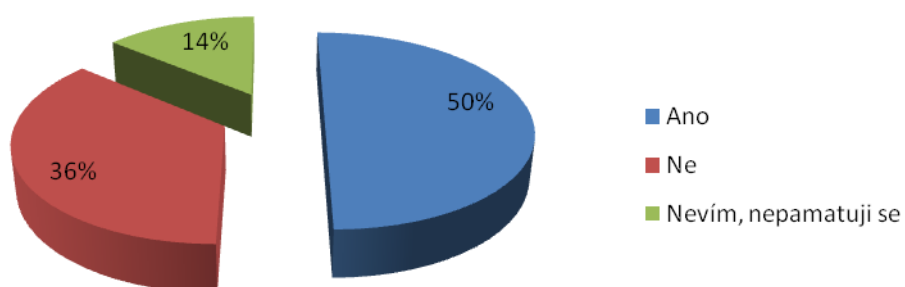
Na otázku odpovídal pouze ten, kdo na první otázku zodpověděl kladně, tedy 135 respondentů. Odpověď bylo nutné vypsát. Celkem 75 dotázaných (55 %) vyplnilo „Oznamovací povinnost“. Informovat policii tvrdí 24 dotázaných, tedy 18 %. Celkem 14 respondentů, tedy 10 %, doplnilo „informovat úřady“. Informovat sociální pracovníci vypsalo 7 osob, tedy 5 %. Nevím pak uvedli 2 dotázaní. Pole k doplnění v této otázce nevypsalo 14 osob, tedy 10 %. Jeden dotázaný uvedl: „informovat policii“ a zároveň: „informovat sociální pracovníci“.

Otázka číslo 23: Setkal/a jste se ve své praxi s vyšetřováním případu týrání dítěte policií?

Graf 31: Vyšetřování případu týrání dítěte policií

N = 136

**Setkal/a jste se ve své praxi s
vyšetřováním případu týrání dítěte
policií?**



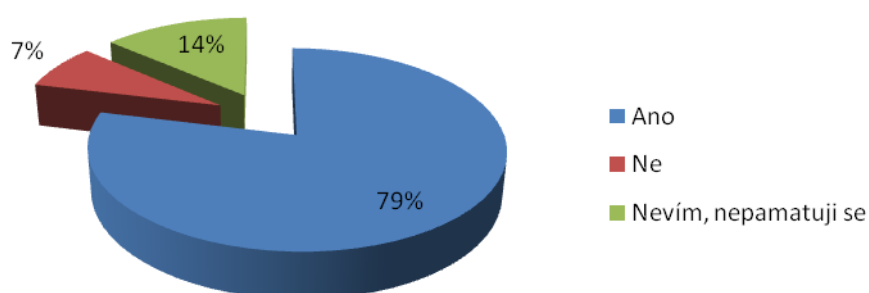
Na otázku odpovědělo 68 dotázaných „ano“, to představuje 50 % celkového počtu dotázaných. Celkem 36 %, tedy 49 dotázaných, odpovědělo ne a 19 lidí – 14 % dotázaných využilo možnost „Nevím, nepamatuji se“.

Otázka číslo 23a: Pokud Ano, bylo podle Vás zacházeno s dítětem šetrně?

Graf 32: Šetrné zacházení s dítětem

N = 52

**Pokud Ano, bylo podle Vás zacházeno
s dítětem šetrně?**



Na otázku odpovídal pouze ten, kdo na první otázku zodpověděl kladně, tedy 68 respondentů. Nejvíce respondentů odpovědělo „Ano“, celkem 52, tedy 79 %. „Ne“ zvolilo 5 osob, tedy 7 %. Celkem 9 dotazovaných, tedy 14 %, neví, nebo si nepamatuje. Dva respondenti odpovídající v otázce 23 „Ano“, ponechali pole v otázce 23a nevyplněné.

2.8.4 Náměty a připomínky

V dotazníku bylo respondentům umožněno vyjádřit své názory na samotný dotazník v sekci „Náměty a připomínky“. Tuto možnost využili celkem čtyři dotazovaní.

Dva respondenti uvádí své zkušenosti se sociálními pracovníci. Setkali se s nevlídným jednáním.

Jeden dotazovaný v sekci kladně hodnotí stavbu dotazníku. Dále uvádí, že je těžké odpovídat pouze jednou možností. V úvodu dotazníku je zmíněno, že je možné využít libovolné množství odpovědí.

Čtvrtý respondent reflektuje své názory na týrání dětí.: „Jako týrání mi připadá i odložené dítě v dětském domově, které bez souhlasu svých rodičů nemůže být umístěno do náhradní rodiny.“

3 DISKUSE

První hypotézou se domnívám, že více než 50 % sester pediatrických jednotek intenzivní péče odpoví chybně na vědomostní otázky o problematice týrání dětí v dotazníku péče o týrané dítě hospitalizované na jednotce intenzivní péče. Celkem 53 % všech dotazovaných získalo odborné vzdělání na střední zdravotnické škole, 27 % absolvovalo specializační studium. V současné době je kladen velký důraz na vzdělání pro práci v oborech intenzivní péče. Je vyžadováno bakalářské studium, popřípadě specializační studium. Polovinu sester, které odpovídaly na dotazník, tvoří sestry s praxí v oboru pediatrie do 5 let. Celkem 55 % dotázaných tvrdí, že se s tématem týraného dítěte při svém studiu setkalo. Během praxe již semináře na toto téma navštívilo pouze 28 % ze všech dotázaných. Pouhých 22 % pak přikročilo k vyhledávání literatury z vlastního podnětu. Nejčastějším médiem (56 % z těch dotazovaných, kteří vyhledávali téma) se stává internet. Ten je zásoben informacemi především díky neziskovým organizacím, které v České republice fungují.

Vycházela jsem z faktu, že v České republice některou formu násilí zažívá přibližně 1 – 2 % dětské populace do 15 let věku. Naprosto přesné statistiky o počtech dětí se syndromem CAN neexistují. V Evropském měřítku se jedná o hodnoty 4 – 5 % dětí. Odpovědi v kategoriích 0,5 – 2 % a 3 – 5 % byly považovány při vyhodnocování dotazníku za správné. Jednalo se o první údaj pro vědomostní hodnocení. Celkem 43 % odpovědí tedy vyhovuje požadavku. Dalším údajem je počet respondentů, kteří věděli, že nejčastěji je u týraného dítěte postižena oblast kraniocerebrální. Jedná se 42 % dotázaných. Dalším měřítkem je hodnota 71 % respondentů, kteří správně odpověděli – ano - na otázku, zda jsou některé typy dětí týráním ohroženy více než jiné. U otázky: „Jak se týrání na dítěti projevuje?“ je považováno za správnou možnost: Je to různé“. Jedná se tedy o 50 % správných odpovědí. Další vědomostní otázkou byly zjišťovány sankce za porušení zákona některou z forem týrání. Za správnou odpověď bylo považováno jako trest odnětí svobody a zároveň i odpověď pokuta, tak jak je stanoveno v zákoně o přestupcích. Zde se tedy jedná o 71 % správných odpovědí. Posledním zohledněným faktem byla znalost povinnosti zdravotnického zařízení vyplývající ze zákona při podezření na týrání. Celkem 99 % dotázaných vědělo, že existuje, pouze 55 % však jasně definovalo oznamovací povinnost. Za rozhodnou hodnotu, je tedy považováno 54 % dotázaných.

Aritmetickým průměrem bylo stanoveno, že 55 % dotázaných vyhovuje znalostním požadavkům. Hypotéza se nepotvrdila. Více než 50 % sester pediatrických jednotek intenzivní péče je dostatečně informováno o problematice týrání dětí.

Při tvorbě první hypotézy jsem vycházela z vlastní zkušenosti. Tématu týrání dětí je při výuce na bakalářském a magisterském studiu ošetrovatelství věnováno minimum času, jedná se většinou o témata v rámci chirurgie a traumatologie, kde se týrání zmíní jako možná příčina poranění. Na základě toho jsem předpokládala, že povědomí sester o tématu bude malé. Rozhodně je pozitivním faktem, že respondenti předčili toto očekávání. Jistě je na zvážení, zda by se všeobecné povědomí sester právě dětských jednotek intenzivní péče nemělo blížit sto procentům. Ošetrovatelská péče o týraním postižené dítě by pak mohla dosahovat mnohem vyšší kvality.

Hypotéza číslo dva poukazuje na předpoklad, že více než 30 % sester pediatrických jednotek intenzivní péče během své praxe řešilo podezření na týrání dítěte. Tato hypotéza se potvrdila.

Celkem 88 % dotazovaných se setkala s týraným dítětem během své praxe a to v 68 % s týráním prošetřovaným a diagnostikovaným. Dokonce 66 % dotazovaných si myslí, že projevy týrání na dítěti bezpečně pozná. Celkem 78 % respondentů pak samo pojalo během výkonu své práce u nějakého pacienta podezření, že byl týrán. Celkem 75 % dotazovaných považuje za formu týrání i zanedbávání dítěte, dá se tedy předpokládat, že i to zahrnuli do případů, s nimiž mají vlastní zkušenost. Pouze 4 % dotazovaných se setkala se situací, kdy bylo dítě z jakéhokoliv důvodu označeno za oběť týrání, i když jí nebylo. Celé 2 % dotázaných narazili na případ, kdy si dítě na násilí stěžovalo, ale nebyla tomu věnována pozornost. Taktéž 2 % procenta dotázaných však bylo svědky i situace, kdy bylo dítě obviněno, že zapříčinilo incident samo, u všech případů zmíněných respondenty se tak odehrálo u sexuálního zneužívání. Celkem 7 % dotázaných, pak zmiňuje, že zažili případy, kdy nebylo při šetření případu týrání zacházeno s dítětem šetrně.

Třetí hypotéza předpokládá, že více než 80 % sester pediatrických jednotek intenzivní péče bude v případě podezření na týrání dítěte konzultovat situaci se svou nejbližší kolegyní. Hypotéza se nepotvrdila.

Dotazování při zjištění známek týrání v 46 % osloví nejprve ošetřujícího lékaře, 19 % konzultuje nejdříve s kolegyní. Toto vyplývá i z další otázky, kde dotazovaní vypisují, že jejich první reakce při podezření na týrání bude vždy informování lékaře. Velice překvapivá byla u této otázky odpověď, kde dotazovaný sděluje, že jako

všeobecná sestra nemá kvalifikaci pro řešení situace. Nutno zde podotknout, že každý zdravotnický pracovník má oznamovací povinnost.

Zde jsem stanovovala hypotézu na základě vlastních zkušeností z praxe. V obvyklém případě zaznamená-li sestra známky týrání, má tendenci okamžitě oslovovat ostatní kolegyně a diskutovat s nimi zjištěné. Otázka mohla být pochopena dvěma způsoby. Určitá část respondentů mohla pátrat po tom, komu je v rámci oficiálního postupu vhodné podezření oznámit, jiná část se pak mohla upřímně zamyslet nad tím, komu automaticky jako prvnímu - nehledě na správný postup - o svém podezření řekne. Mě v dotazníku zajímala právě druhá zmíněná možnost.

Čtvrtou hypotézou se domnívám, že více než 50 % sester pediatrických jednotek intenzivní péče úmyslně omezuje komunikaci s klientem postiženým týráním. Hypotéza se nepotvrdila. Z výzkumu vyplývá, že někteří zdravotníci mají spíše sklony komunikovat s dítětem více, než s ostatními pacienty. Jako nejužitečnější pro praxi se pak jeví zbytečně nevyzdvihovat dítě a neupozorňovat na něj příliš odlišným přístupem, ale stejně tak jako 52 % respondentů, mít k němu, tak jako k ostatním pacientům, empatický a přátelský přístup.

Tato hypotéza byla stanovena na základě sledování chování sester v některých ambulantních dětských zařízeních. Zde jsem zaznamenala snahu přenechat veškerou komunikaci na lékaři a vyhnout se tak pocitu, že bude vyřčeno něco nevhodného. Je velmi pozitivní, že v dotazníku respondenti v největším počtu vybrali jako odpověď takto profesionální přístup.

Hypotéza číslo 5 předpokládá, že více než 60 % sester pediatrických jednotek intenzivní péče se ve své praxi setkala se systémovým týráním. Hypotéza se nepotvrdila.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že 12 % z nich bylo svědkem projevů systémového týrání. Podle 6 % z těchto zdravotníků se jedná o opakující se událost. Jedná se o 16 dotazovaných, kteří tento fakt přiznali.

Zde zůstává otázkou, zda všichni respondenti odpověděli zcela upřímně. Pro tuto otázku byl zcela nevhodně zvolen způsob distribuce. Vyplněné dotazníky se dostávali do rukou staničních, nebo vrchních sester. Respondenti neuváděli svá jména, přesto by vyplnění této otázky souhlasně mohlo poškodit jméno oddělení. Je tedy možné, že někteří respondenti záměrně odpověď modifikovali.

ZÁVĚR

Výzkum prokázal, že problematika týrání dětí se na odděleních intenzivní medicíny diskutuje. Sestry mají základní přehled, ale není zažita jednotná metodika řešení konkrétních situací. Mezi sestrami jsou i takové, které mají pocit, že nemají na zásah kvalifikaci, nebo že jediný, kdo může zasáhnout je lékař. A i když se jedná o velmi ojedinělé názory, je třeba uvažovat nad zlepšením osvěty. Přibývá přednášek na toto téma, iniciovaných jak lékaři, tak i sestrami. Zvýšením medializace případů se problematika násilí na dětech dostává do povědomí celé populace. Vzniká celá škála článků a metodik k jasnějšímu určení přesných úkonů, k provádění již od prvního impulsu – podezření.

Množství odhalených případů se zvyšuje. Svůj význam má legislativa. Zdá se, že je stále větší praxe zdravotníků s jednáním s postiženým dítětem. I přes to výzkum prokázal velké procento dětí, se kterými je v rámci procesu šetření týrání zacházeno tak, že se necítí dobře. Nejen samotné týrání, ale i vše, co se k dalšímu postupu váže, dítě poznamenává. Pocity a křivdy si pak nese po celý život. Často se setkáváme s dětmi, které týrání braly jako samozřejmost, měly za to, že se jedná o běžnou součást vztahů v rodině. Když pak k vyšetřování dojde, a je-li nešetrné, často z něj dítě vyjde s větší záští, než kterou mu zapříčiňovalo týrání v rodině.

V některých evropských zemích je založen speciální systém řešení případů přímo při nemocnicích a tamní zkušenosti jsou již diskutovány i u nás. Zde mají velký vliv, pro osvětu a pomoc obětem, neziskové organizace, jejichž přínos je neoddiskutovatelný.

LITERATURA A PRAMENY

- 1 BISKUP, Pavel. Postup lékařů primární péče při podezření na syndrom CAN. *Zdravotnické noviny* [online]. 30.6.2008, 26/2008, [cit. 2011-04-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/news/check-sub?id=366212>>.
- 2 BRANDT, JD, et al. Findings in older children with abusive head injury: does shaken-child syndrome exist?. *Pediatrics*. May 2006, 117, s. 1039-1044. Dostupný také z WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16651283>>.
- 3 CITTERBART, Karel, et al. *Gynekologie*. 1. Vyd. dotisk. Praha: Galén, 2001. 277 s. ISBN 80-7262-094-0.
- 4 Česká republika. Týrání svěřené osoby. In Zákon č. 4/2009 Sb., Trestní zákoník. 2009, §198
- 5 DRTÍLKOVÁ, Ivana. Současná tvář dětské a adolescentní psychiatrie. *Lékařské listy* [online]. 2003, 4/2003, [cit. 2011-02-03]. Dostupný z WWW: <www.zdn.cz/archiv/priloha-lekarske-listy/articles?page=467&id=3598>.
- 6 *Fod.cz : O týrání* [online]. Praha 1 : 2007, 2.3.2011 [cit. 2011-03-02]. Fond ohrožených dětí. Dostupné z WWW: <<http://www.fod.cz/tyrani.htm>>.
- 7 HANUŠOVÁ, Jaroslava. *Násilí na dětech - syndrom CAN*. 2006. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 24 s. ISBN 80-86991-78-4
- 8 HANUŠOVÁ, J. Vybrané kapitoly ze sociální pediatrie. In: Základní ošetrovatelská péče v pediatrii. Praha: Grada Publishing, 2008. S. 190-208. ISBN 978-80-247-1613-8.
- 9 HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- 10 LAZORITZ, Stephen; PALUSCI, Vincent J. *The Shaken baby syndrome: A Multidisciplinary Approach*. 1. Vyd. New York, USA : The Haworth Maltreatment and Trauma press, 2001. 413 s. ISBN 0-7890-1351-7.
- 11 LEBL, Jan, et al. *Preklinická pediatrie*. 2. Vyd. přepracované. Praha: Galén, 2007. 248 s. ISBN 9788072624386.
- 12 MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. Praha: Grada, 2009. 152 s. ISBN 978-80-247-2310-5.
- 13 PAVLÁTOVÁ, Eva. Násilí na dětech: jak dál v prevenci syndromu CAN. *Lékařské listy* [online]. 19.4.2010, 16/2010, [cit. 2011-02-03].

- Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/nasili-na-detech-jak-dal-v-prevenci-syndromu-can-451186>>.
- 14 ŠNAJDAUF, Jiří, et al. *Dětská traumatologie*. 1. Vyd. dotisk. Praha: Galén, 2004. 180 s. ISBN 8072621521.
 - 15 ŠOLTYSOVÁ, Vlasta. Registrace u lékařů týraným dětem nepomohou. *Zdravotnické noviny* [online]. 21.2.2008, únor 2008, [cit. 2011-02-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/denni-zpravy/z-domova/registrace-u-lekaru-tyranym-detem-nepomohou-346141>>.
 - 16 TUČEK, Jan. Týrané dítě. *Postgraduální medicína* [online]. 6.12.2000, 5/2000, [cit. 2011-03-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/tyrane-dite-130694>>.
 - 17 URBAN, Aleš; MASOPUST, Jiří. MÜNCHHAUSENŮV SYNDROM. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2004, 3/2004, [cit. 2011-03-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/int/2004/03/07.pdf>>.
 - 18 ÚLEHLOVÁ, Dagmar. Dítě jako svědek domácího násilí ve zdravotnické ambulanci. *Zdravotnické noviny* [online]. 22.2.2010, 8/2010, [cit. 2011-02-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/news/check-sub?id=449896>>.
 - 19 VANÍČKOVÁ, Eva; PROVAZNÍKOVÁ, Hana. *Stručný průvodce dětskou krizovou intervencí: Stres a zdraví dětí*. 2. vyd. doplněné. Praha: UK v Praze, 2006. 71 s. ISBN 80-239-8347-4.
 - 20 VANÍČKOVÁ, Eva, et al. Národní strategie prevence násilí na dětech na období 2008-2018. In *Národní strategie prevence násilí na dětech na období 2008-2018* [online]. Praha : Úřad vlády ČR, 23.9.2008 [cit. 2011-03-02]. Dostupné z WWW: <<http://stopnasilinadetech.cz/pdf/narodnistrategie.pdf>>.
 - 21 *Věstník*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, říjen 2005. 69 s. Dostupné z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/rs_atlantic/data/files/vestnik.pdf>.
 - 22 VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2004, 490 s. ISBN 80-7345-009-7
 - 23 VON BISMARCK, Sylvester. Všímat si a jednat: Úloha zdravotníků při pomoci týraným dětem. *Florence*. Duben 2009, 4/2009, s. 3-4.
 - 24 WIEDERMAN, Jaroslav. Úrazy u dětí: poznámky k patofyziologii a epidemiologii dětských úrazů vycházející ze statistických údajů a klinické studie. *Lékařské listy* [online]. 25.4.2010, 2/2010, [cit. 2011-02-11].

Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/urazy-u-deti-poznamky-k-patofyziologii-a-epidemiologii-detskyh-urazu-vychazejici-ze-statistickych-udaju-a-klinicke-studie-449349>>.

SEZNAM ZKRATEK

BMI	body mass index
CAN	Child Abuse and Neglect, Syndrom týraného dítěte
CSEC	Commercial Sexual Exploitation of Children, Komerční sexuální zneužívání dítěte
č.	číslo
odst.	odstavec
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
písm.	písmeno
Sb.	Sbírky

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Návratnost dotazníkového šetření
Graf 2	Nejvyšší dosažené zdravotnické vzdělání
Graf 3	Počet let praxe v oboru pediatrie
Graf 4	Setkání s tématem týrání dětí v rámci kvalifikačního studia pro výkon povolání
Graf 5	Účast na semináři na téma týrání dětí
Graf 6	Vyhledání literatury na téma týrání dětí
Graf 7	Typy literatury
Graf 8	Počet procent dětské populace, které v České republice ročně obětí týrání
Graf 9	Rozpoznání projevů týrání na dítěti
Graf 10	Setkání s týraným dítětem na pracovišti
Graf 11	Týrané dítě na pracovišti
Graf 12	Podezření, že dítě hospitalizované na pracovišti je obětí týrání
Graf 13	Jednání v případě podezření, že dítě hospitalizované na pracovišti je obětí týrání
Graf 14	Oznámení podezření
Graf 15	Komunikace s dítětem postiženým týráním
Graf 16	Nejčastější tělesné poškození u týraných dětí
Graf 17	Typy dětí týráním ohrožené více než jiné
Graf 18	Příklady týráním ohrožených dětí
Graf 19	Projevy týrání na dítěti
Graf 20	Zanedbávání dítěte
Graf 21	Dítě, které se nepravdivě označilo za oběť týrání
Graf 22	Nevěnování pozornosti stížnostem dítěte
Graf 23	Oprávněnost jednání
Graf 24	Obvinění dítěte, že situaci označenou jako týrání svým chováním způsobilo samo
Graf 25	Forma týrání
Graf 26	Opakovaná nadbytečná lékařská vyšetření u dětí
Graf 27	Nadbytečná vyšetření u dalších dětských pacientů
Graf 28	Trest člověku, který použije některou z forem týrání na dítěti

Graf 29	Povinnosti zdravotnického zařízení vyplývající ze zákona
Graf 30	Definování povinností zdravotnického zařízení
Graf 31	Vyšetřování případu týrání dítěte policií
Graf 32	Šetrné zacházení s dítětem

SEZNAM PŘÍLOH

4.1 Příloha č. 1	Dotazník, strana 1
4.2 Příloha č. 2	Dotazník, strana 2
4.3 Příloha č. 3	Vyplněný dotazník – příklad, strana 1
4.4 Příloha č. 4	Vyplněný dotazník – příklad, strana 2

4 PŘÍLOHY

4.1 Příloha č. 1: Dotazník

Dotazník péče o týrané dítě hospitalizované na jednotce intenzivní péče

Vážené kolegyně, vážení kolegové,
jmenuji se Lucie Burešová, v současné době studuji navazující magisterské studium na 1. LF Univerzity Karlovy v Praze v oboru Intenzivní péče. Dotazník, který právě držíte v ruce, je součástí mé diplomové práce na téma: Týrané dítě hospitalizované na jednotce intenzivní péče.

Dotazník je určen sestrám na dětských jednotkách intenzivní a resuscitační péče. Výsledek výzkumu by měl přispět ke zjištění úrovně znalostí sester o problematice týrání dětí a k formulaci zásad pro zlepšení přístupu k týranému dítěti, jehož postižení způsobené tímto jevem je natolik závažné, že vede k hospitalizaci a nutnosti intenzivní péče.

Dotazník si nejprve pozorně přečtete a následně u každé otázky vyberte jednu či více možností a označte je křížkem.

Dotazník je anonymní a údaje v něm zjištěné použiji pouze pro účely mé práce a nebudou nijak zneužity.

Děkuji za pravdivé a úplné vyplnění dotazníku.

Bc. Lucie Burešová

E-mail: buresova.lucie@gmail.com

1. Nejvyšší dosažené zdravotnické vzdělání:

- ☐ Střední škola ☐ Bakalářské studium ☐ Magisterské studium
☐ Specializační studium
☐ Jiné (Vypište, prosím): _____

2. Počet let praxe v oboru pediatrie: (Vypište, prosím): _____

3. Setkal/a jste se s tématem týrání dětí v rámci kvalifikačního studia pro výkon povolání ?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nejsem si jistý/á

4. Účastnil/a jste se někdy semináře na téma týrání dětí?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nejsem si jistý/á

5. Vyhledal/a jste někdy sám/sama literaturu na téma týrání dětí?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nejsem si jistý/á

5a. Pokud Ano, jakou? Vypište, prosím: _____

6. Kolik procent dětské populace je podle Vašeho názoru v České republice ročně obětí týrání?

Vypište, prosím: _____ %

7. Myslíte si, že poznáte projevy týrání na dítěti?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nejsem si jistý/á

8. Setkal/a jste se někdy s týraným dítětem na svém pracovišti?

- ☐ Ano ☐ Ne

8a. Pokud Ano

- ☐ Jednalo se pouze o podezření z týrání ☐ Jednalo se o týrání diagnostikované lékařem

☐ Jiné (Vypište prosím): _____

9. Měl/a jste někdy podezření, že dítě hospitalizované na Vašem pracovišti je obětí týrání?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nepamatuji se

10. Jak budete jednat v případě podezření, že dítě hospitalizované na Vašem pracovišti je obětí týrání?

Popište,
prosím: _____

11. Komu z vyjmenovaných byste v případě podezření nejdříve oznámil/a své podezření?

- ☐ Kolegyni ☐ Vrchní sestře ☐ Ošetřujícímu lékaři ☐ Dítěti
☐ Přímé nadřízené ☐ Hlavní sestře ☐ Jinému lékaři ☐ Matce
☐ Staniční sestře ☐ Primáři ☐ Vedoucímu lékaři ☐ Otcí
☐ Jinému příbuznému dítěte ☐ Jiné (vypište, prosím): _____

4.2 Příloha č. 2 Dotazník, strana 2

12. Jak budete komunikovat s dítětem postiženým týráním?

- ☐ Rozebírám s ním jeho případ ☐ Jako s každým jiným dítětem
☐ Vyhýbám se komunikaci s ním, abych mu neublížila ☐ Budu mu věnovat více pozornosti
☐ Jiné (vypište, prosím): _____

13. Jaké je podle Vás nejčastější tělesné poškození u týraných dětí?

- ☐ Kraniocerebrální poranění ☐ Poškození vnitřních orgánů ☐ Zlomeniny
☐ Jiné (vypište, prosím): _____

14. Domníváte se, že některé typy dětí jsou týráním ohroženy více než jiné?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nejsem si jistý/á

14a. Pokud Ano, uveďte příklad:

Vypište, prosím: _____

15. Jak se týrání na dítěti projevuje?

- ☐ V rovině psychické ☐ V rovině fyzické ☐ V chování ☐ Oblékání, úprava zevnějšku
☐ Je to různé ☐ Ani jedna možnost není správná

16. Považujete za formu týrání i zanedbávání dítěte?

- ☐ Ano ☐ Ne

17. Setkal/a jste se ve své praxi s dítětem, které se nepravdivě označilo za oběť týrání?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nejsem si jistý/á

18. Setkal/a jste se ve své praxi se situací, kdy stížností dítěte na týrání nebyla věnována pozornost?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nepamatuji se

18a. Pokud Ano, jednalo se podle Vás o oprávněné jednání?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nepamatuji se

19. Setkal/a jste se ve své praxi s případem, kdy bylo dítě obviněno, že situaci označenou jako týrání svým chováním způsobilo samo?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nepamatuji se

19a. Pokud Ano, o jakou formu týrání se jednalo?

Vypište, prosím: _____

20. Jednou z forem tzv. systémového týrání jsou i opakovaná nadbytečná lékařská vyšetření u dětí. Byl/a jste někdy svědkem takového jednání?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nepamatuji se

20a. Pokud Ano, dělo se toto i u dalších dětských pacientů?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nepamatuji se

21. Jaký trest hrozí člověku, který použije některou z forem týrání na dítěti?

- ☐ Žádný ☐ Pokuta ☐ Podmíněný trest ☐ Odnětí svobody

22. Má zdravotnické zařízení při podezření na týrání povinnosti vyplývající ze zákona?

- ☐ Ano ☐ Ne

22a. Pokud Ano, jakou? (Vypište, prosím): _____

23. Setkal/a jste se ve své praxi s vyšetřováním případu týrání dítěte policií?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nepamatuji se

23a. Pokud Ano, bylo podle Vás zacházeno s dítětem šetrně?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nepamatuji se

Zde je místo, pro Vaše náměty a připomínky:

Dotazník péče o týrané dítě hospitalizované na jednotce intenzivní péče

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jmenuji se Lucie Burešová, v současné době studuji navazující magisterské studium na 1. LF Univerzity Karlovy v Praze v oboru Intenzivní péče. Dotazník, který právě držíte v ruce, je součástí mé diplomové práce na téma: Týrané dítě hospitalizované na jednotce intenzivní péče.

Dotazník je určen sestrám na dětských jednotkách intenzivní a resuscitační péče. Výsledek výzkumu by měl přispět ke zjištění úrovně znalostí sester o problematice týrání dětí a k formulaci zásad pro zlepšení přístupu k týranému dítěti, jehož postižení způsobené tímto jevem je natolik závažné, že vede k hospitalizaci a nutnosti intenzivní péče.

Dotazník si nejprve pozorně přečtěte a následně u každé otázky vyberte jednu či více možností a označte je křížkem.

Dotazník je anonymní a údaje v něm zjištěné použiji pouze pro účely mé práce a nebudou nijak zneužity.

Děkuji za pravdivé a úplné vyplnění dotazníku.

Bc. Lucie Burešová
E-mail: buresova.lucie@gmail.com

1. Nejvyšší dosažené zdravotnické vzdělání:

- ☐ Střední škola ☐ Bakalářské studium ☐ Magisterské studium
☒ Specializační studium
☐ Jiné (Vypíšte, prosím): _____

2. Počet let praxe v oboru pediatrie: (Vypíšte, prosím): 23

3. Setkal/a jste se s tématem týrání dětí v rámci kvalifikačního studia pro výkon povolání?

- ☐ Ano ☐ Ne ☒ Nevím, nejsem si jistý/á

4. Účastnil/a jste se někdy semináře na téma týrání dětí?

- ☐ Ano ☒ Ne ☐ Nevím, nejsem si jistý/á

5. Vyhledal/a jste někdy sám/sama literaturu na téma týrání dětí?

- ☐ Ano ☒ Ne ☐ Nevím, nejsem si jistý/á

5a. Pokud Ano, jakou? Vypíšte, prosím: _____

6. Kolik procent dětské populace je podle Vašeho názoru v České republice ročně obětí týrání?

Vypíšte, prosím: 4 %

7. Myslíte si, že poznáte projevy týrání na dítěti?

- ☒ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nejsem si jistý/á

8. Setkal/a jste se někdy s týraným dítětem na svém pracovišti?

- ☒ Ano ☐ Ne

8a. Pokud Ano

- ☐ Jednalo se pouze o podezření z týrání ☒ Jednalo se o týrání diagnostikované lékařem
☐ Jiné (Vypíšte prosím): _____

9. Měl/a jste někdy podezření, že dítě hospitalizované na Vašem pracovišti je obětí týrání?

- ☒ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nepamatuji se

10. Jak budete jednat v případě podezření, že dítě hospitalizované na Vašem pracovišti je obětí týrání?

Popište, prosím: *známému pediatrem lékařem, který pracuje na pracovišti, a pokud kompetenci je budoucí přechod*

11. Komu z vyjmenovaných byste v případě podezření nejdříve oznámil/a své podezření?

- ☐ Kolegyni ☐ Vrchní sestře ☒ Ošetřujícímu lékaři ☐ Dítěti
☐ Přímé nadřízené ☐ Hlavní sestře ☐ Jinému lékaři ☐ Matce
☐ Staniční sestře ☐ Primáři ☐ Vedoucímu lékaři ☐ Otci
☐ Jinému příbuznému dítěte ☐ Jiné (vypíšte, prosím): _____

4.4 Příloha č. 4 Vyplněný dotazník – příklad, strana 2

12. Jak budete komunikovat s dítětem postiženým týráním?

- ☐ Rozebírám s ním jeho případ ☐ Jako s každým jiným dítětem
☐ Vyhýbám se komunikaci s ním, abych mu neublížila ☒ Budu mu věnovat více pozornosti
☐ Jiné (vypište, prosím): _____

13. Jaké je podle Vás nejčastější tělesné poškození u týraných dětí?

- ☐ Kraniocerebrální poranění ☐ Poškození vnitřních orgánů ☒ Zlomeniny
☒ Jiné (vypište, prosím): hematomy, fraktury

14. Domníváte se, že některé typy dětí jsou týráním ohroženy více než jiné?

- ☐ Ano ☐ Ne ☒ Nevím, nejsem si jistý/á

14a. Pokud Ano, uveďte příklad:

Vypište, prosím: _____

15. Jak se týrání na dítěti projevuje?

- ☒ V rovině psychické ☒ V rovině fyzické ☒ V chování ☐ Oblékání, úprava zevnějšku
☐ Je to různé ☐ Ani jedna možnost není správná

16. Považujete za formu týrání i zanedbávání dítěte?

- ☐ Ano ☒ Ne

17. Setkal/a jste se ve své praxi s dítětem, které se nepravdivě označilo za oběť týrání?

- ☐ Ano ☒ Ne ☐ Nevím, nejsem si jistý/á

18. Setkal/a jste se ve své praxi se situací, kdy stížnostem dítěte na týrání nebyla věnována pozornost?

- ☐ Ano ☒ Ne ☐ Nevím, nepamatuji se

18a. Pokud Ano, jednalo se podle Vás o oprávněné jednání?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nepamatuji se

19. Setkal/a jste se ve své praxi s případem, kdy bylo dítě obviněno, že situaci označenou jako týrání svým chováním způsobilo samo?

- ☐ Ano ☒ Ne ☐ Nevím, nepamatuji se

19a. Pokud Ano, o jakou formu týrání se jednalo?

Vypište, prosím: _____

20. Jednou z forem tzv. systémového týrání jsou i opakovaná nadbytečná lékařská vyšetření u dětí. Byl/a jste někdy svědkem takového jednání?

- ☐ Ano ☐ Ne ☒ Nevím, nepamatuji se

20a. Pokud Ano, dělo se toto i u dalších dětských pacientů?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nepamatuji se

21. Jaký trest hrozí člověku, který použije některou z forem týrání na dítěti?

- ☐ Žádný ☐ Pokuta ☐ Podmíněný trest ☒ Odnětí svobody

22. Má zdravotnické zařízení při podezření na týrání povinnosti vyplývající ze zákona?

- ☒ Ano ☐ Ne

22a. Pokud Ano, jakou? (Vypište, prosím): zdravotník

23. Setkal/a jste se ve své praxi s vyšetřováním případu týrání dítěte policií?

- ☒ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nepamatuji se

23a. Pokud Ano, bylo podle Vás zacházeno s dítětem šetrně?

- ☒ Ano ☐ Ne ☐ Nevím, nepamatuji se

Zde je místo, pro Vaše náměty a připomínky: